Aus dem Prießnitz-Krankenhaus Glasow Bez. Potsdam
Chefarzt: Dr. med. F. Hube

Beiträge zur Fastenbehandlung innerer Erkrankungen

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
an der Friedrich-Wilhelm-Universität
zu Berlin

vorgelegt von
Wilhelm-Eugen Pröscher, Berlin

Datum der Promotion: 12. September 1940

Buchdruckerei und Verlag Kichler, Darmstadt

M 217

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. med. L. Kreuz

Referent: Dozent Dr. med. habil. S. Thaddea

Korreferent: Prof. Dr. med. G. v. Bergmann

Meiner Mutter

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550817_0124

Unter den naturheilkundlichen Maßnahmen erfreut sich das Fasten in der Gegenwart einer stetig zunehmenden Beliebtheit.

Diese Behandlungsform ist sehr alt; die ersten Anfänge sind dort zu suchen, wo die Priester auch Ärzte waren, eine Trennung von religiösem und Heilfasten sich also nur schwer durchführen läßt. Interessant ist, daß das strenge religiöse Fasten (z. B. beim Islam und Christentum) gerade in den Zeiten am meisten gepflegt wurde, als diese beiden Religionen am aktivsten waren, während heute die Fastenzeit wohl nur noch symbolisch durchgeführt wird.

Als Heilfasten können wir die kurzdauernde Nahrungsenthaltung in der Antike schon bei Hippokrates nachweisen, der es nicht als Allheilmittel preist, sondern bereits gewisse Indikationen aufstellt. Pythagoras und Praxagoras haben die therapeutische Bedeutung des Fastens weiter ausgebaut. Zur gleichen Zeit etwa wenden Chrysippos von Knidos und Erasistratos (um 300—250 in Alexandria) das Fasten als Heilmittel an, wobei sie die Vorstellung haben, daß dadurch der Körper geschwächt, die Überfüllung (Plethora) beseitigt und so der Heilungsvorgang angebahnt würde. Heraklit von Tarent läßt manche Kranke bis zu sieben Tagen hungern und Galenos sagt: abstinentia totum corpus aequaliter purgat. Wie Celsus mitteilt, finden sich bei den Methodikern die ersten systematischen Anwendungen der Hungerkur. Aclepiades (in Rom 90 v. Chr.), Themison von Laodicea (50 v. Chr.) und Thessalus (60 n. Chr.) lassen vor allem Fiebernde fasten und Plutarch empfiehlt bei Krankheit statt Arznei einen Tag Fasten. Seneca berichtet, daß die alten Ärzte ihren Patienten selten und wenig zu essen gaben. Mit der Verweichlichung der Römer tritt auch das Fasten in den Hintergrund und Celsus berichtet beispielsweise, daß durch Fastenbehandlung kranker Sklaven bessere Erfolge erzielt würden als bei den freien

Römern, denen diese Behandlungsform weniger angenehm war. Nach dem Tode des Coelius Aurelianus (etwa 230 n. Chr.) gerät auch das Fasten als ärztliche Behandlung in Vergessenheit. Es findet dann für Jahrhunderte nur im Christentum und Islam als religiöses Fasten Verwendung, wobei der Patriarch von Konstantinopel, Chrysostomus (347) die günstige Heilwirkung rühmt. — Über die mittelalterliche Diätetik ist nicht viel bekannt. Fastenkuren dürften aber bekannt gewesen sein und die Ernährungsvorschriften scheinen sich zu unerträglicher Dogmatik verstiegen zu haben, so daß Petrarca darüber Klage führt. Dagegen werden die Lehren der antiken Medizin in der arabischen Welt fortgeführt und gepflegt. Zur Renaissance beschränkt man sich auf Interpretationen der Antike. Roger Bacon (1214—1294) setzt sich für das Fasten ein und empfiehlt es zur Verlängerung des Lebens. Ludwig von Cornaro (1461—1566), der sich selbst einer Fastenkur unterzieht, wird geheilt. Er berichtet am Ende seines Lebens darüber in mehreren Schriften, die immer verlegt wurden. Durch seine einfache Lebensführung wurde Cornaro ein Vorbild gesunder Lebenshaltung, Hufeland beschrieb sein Leben in der „Makrobiotik". Fernelius (1485—1558) in Paris ist von der Nützlichkeit der Fastenkuren überzeugt und Hyronimus Mercurialis (1530—1606) läßt bei Verstopfung und „Verhärtung der Eingeweide" hungern.

Mit dem Auftreten der Lues in Europa wird diese seit Beginn des 16. Jahrhunderts durch Fasten, Inunktionskuren und Guajakholzinfusen behandelt. Die Fastenkur bleibt in vielen Ländern mit die wichtigste verwendete Behandlungsform der Lues (Ullrich v. Hutten, Roerhave in Leyden 1668—1738, Astruc de Montpellier in Frankreich, Hoffmann in Halle 1660—1742, Fr. Christ. Winslow in Kopenhagen und Carl Gustav Osbeck in Schweden). Sydenham (1624—1689) ist gegen eine Überernährung des Kranken. Hoffmann erörtert die Erfolge der Fastenkur bei verschiedenen Krankheiten. Brown (1737—1788) und Broussais (1772—1838), besonders aber ihre Schüler, wenden dann das Fasten ohne kritische Anzeigestellung an, so daß Hahnemann zum erbitterten Gegner von Broussais wird. Um 1727 verwendet der neapolitanische Arzt Ni-

colaus Crescenzo therapeutisch auch das Fasten, womit zur gleichen Zeit ebenfalls Pater Bernardo auf Malta, wahrscheinlich ein Schüler Crescenzos, große Erfolge erzielt. Hufeland behandelt auch die Geisteskrankheiten mit Fastenkuren. Blachtly und Mitchell in Nordamerika heilen durch Fasten erysipelatöse Geschwüre. An Hand von Krankengeschichten berichten in der Folgezeit zahlreiche Ärzte über ihre Erfolge mit Fasten, so z. B. Carus beim weißen Fluß, Pons in Aachen bei scirrhösen Drüsengeschwülsten, Fricke bei Venerischen ohne Quecksilber, Rolffs stellt genaue Indikationen auf. Hier findet sich zum erstenmal ein Anklang an die heute gebräuchliche Form des Fastens. Unter Rust, dem Leiter der Charité, ist bei chronischen Fußgeschwüren eine kalorienarme Kost üblich und Döring bringt 1833 noch einmal einen ausführlichen Bericht über die Hungerkur, die er mit anderen Maßnahmen in verschiedene Abteilungen einteilt und in dem er u. a. die Grundregeln zur Schrothkur darlegt. Canstatt berichtet 1843 über die damals üblichen Entziehungskuren mit Milch, die dann später (1867) der russische Arzt Karell propagiert. 1848 empfiehlt Wunderlich (Leipzig) in seinem therapeutischen Handbuch ebenso wie Valentin (Bern) das Fasten als eines der größten diätetischen Hilfsmittel des Arztes. Zur gleichen Zeit erheben sich aber auch warnende Stimmen über die Nutzlosigkeit und die Gefahren der Hungerkur im allgemeinen und bei bestimmten Krankheiten, wie z. B. Graves 1843 in Dublin, Chossat in Frankreich, Ricord (1852), Duriau (1856) und de Morgan (1872). Diesen Angriffen gegenüber verstummen bald die Anhänger der Fastenmethode. Fonsaggrives (1861) und Baumgärtner (1862) setzen sich mit ihren Arbeiten nicht mehr durch, das Fasten gerät daher in den folgenden Jahrzehnten in Vergessenheit. „Kräftige Kost" ist die Losung. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wird das Fasten in Amerika von Dr. Tanner, der selbst unter strengster Aufsicht wissenschaftlicher Autoritäten vierzig Tage fastete, wieder eingeführt. Dewey und seine Schülerin Lina Burfield Hazzard lassen zahlreiche Kranke fasten und veröffentlichen eine Reihe von Arbeiten, in denen sie ihre Erfahrungen mit Fastenkuren niederlegen. In Europa berichtet v. Seeland über Ver-

suche an Tauben und Hühnern, aus denen er Schlüsse zur Fastenbehandlung zieht. Auf Grund seiner Erfahrungen veröffentlicht 1901 der deutsche Arzt Dr. Adolf Mayer das Buch: „Hungerkuren — Wunderkuren." 1902 läßt v. Noorden Nierenkranke hungern und Volhard baut diese Behandlung weiter aus.

Seit langem wird das Fasten sonst nur bei den Naturheilärzten sehr propagiert. Oertel (1765—1850) und Schroth (1798—1856) sind die bahnbrechenden Pioniere. Die Schrothkur ist im Laufe der Jahre abgewandelt worden und in ihrer heutigen Form wieder überholt. S. Möller lernt selbst den Wert der Entziehungskur kennen, gibt 1905 Deweys Fastenbuch heraus und macht dadurch dieses Verfahren dem Namen nach in Deutschland bekannt. Mit den Reformen der Ernährungsbehandlung (Haig, Bircher-Benner, Densmore, Lahmann, R. Berg, S. Möller) findet auch das Fasten weitere Verbreitung und Anhänger. Arnold Ehret in der Schweiz erreicht durch Fasten Erfolge, ebenso Georg Lindner und Adolf und Rudolf Just in Deutschland. In Frankreich wird vor allem durch Guelpa das Fasten wieder eingeführt. Die Guelpa-Kur wird durch J. Frumuson weiter ausgebaut. 1914 berichtet v. Segesser über Erfolge und Mißerfolge beim Fasten. In der Zeit kurz vor und nach dem Weltkriege setzten sich mit der zunehmenden Bedeutung der Naturheilkunde immer mehr Ärzte für das Fasten ein. (Buchinger, Kapferer, Riedlin, Nordwall, Günther, Brauchle, Grote, Hube, Bertholet, Frumuson, Panchet und Corton.)

Aus dieser kurzen, historischen Übersicht geht hervor, daß die wissenschaftliche Medizin schon seit jeher (v. Leyden, Goldscheider, v. Noorden, Volhard, Grote) sich nicht nur mit den Problemen des Fastens beschäftigt, sondern sie auch praktisch durchgeführt hat. Der Vorwurf der heutigen Naturheilkunde, die Schulmedizin hätte diese Heilmethode vernachlässigt, besteht daher nicht zu Recht. Es ist zuzugeben, daß um die Wende des 20. Jahrhunderts diese Behandlungsweise etwas verdrängt wurde, daß aber bereits unmittelbar nach dem Kriege die Schulmedizin sich eingehend mit diesen Fragen beschäftigte. Die Naturheilkunde hat ganz zweifellos die ärztliche Aufmerksamkeit wieder auf das Fasten gelenkt, was garnicht

bezweifelt werden soll. Man kann sagen, daß seit 1933 vor allem die Erforschung der Grundlagen der Fastenbehandlung zu einem neuen und wichtigen Forschungszweig der klinischen Medizin geworden ist.

Trotz der zahlreichen, in letzter Zeit über das Fasten veröffentlichten Arbeiten, sind unsere gesicherten Kenntnisse über die sich dabei abspielenden Stoffwechselvorgänge noch sehr dürftig. Grote, der auf diese Lücken in unserem Wissen hinweist, stellt die Forderung auf, daß noch mehr als bisher exakte Untersuchungen durchgeführt werden müßten. Die Untersuchungsergebnisse stammen zumeist bisher vom Tierversuch, wie sie zusammengefaßt von Günther veröffentlicht wurden, oder von Gesunden (Benedict, Morgulis, Thannhauser, Schenck), die sich freiwillig einer Fastenkur unterzogen haben. Buchinger betont, daß man zwischen einem Tier, das zwangsmäßig hungert, und einem Kranken, der sich freiwillig einer kürzeren oder längeren Fastenkur zur Wiederherstellung seiner Gesundheit unterwirft, kaum Vergleiche ziehen kann. Selbst die Beobachtungen am Gesunden, der aus Forschungsdrang fastet, lassen sich keinesfalls vereinen mit solchen am kranken Menschen.

Die Naturheilkunde wendet das Fasten an, um den Körper von „Stoffwechselschlacken zu befreien", um den Körper in den Zeiten höchster Abwehr, wie z. B. im Fieber, nicht noch mit der Verdauungsarbeit zu belasten (Bier). Andererseits wird oft anstatt des Ausdrucks der Umstimmung der der Reinigung gebraucht, ein Begriff, der als Arbeitshypothese weiterer Zweckanalyse des Geschehens wegleitend sein kann; denn er ist, wie Grote sagt, klinisch unmittelbare und einleuchtende Wirklichkeit. Wenn wir versuchen, den Wirkungsmechanismus des Fastens mit naturwissenschaftlichen Methoden zu ergründen, so wird die Aufgabe schwer und unübersichtlich.

Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Überblick über die Ergebnisse von Schenck aus seinem Fastenselbstversuch gegeben werden. Untersuchungen anderer Autoren finden hier keine Erwähnung, weil die durchgeführten Hungerkuren in mancher Beziehung von der heute gebräuchlichen Fastenkur sich unterscheiden. Bei Schencks Untersuchungsergebnissen ist aber bisher kaum die Tatsache beachtet worden, daß dabei im Laufe der 26 Fastentage durch die zahlreichen Blut-

entnahmen es zu einem Aderlaß von insgesamt 1,5 Liter Blut und zu einer sekundären Anämie kam.

Der Gewichtsverlust läßt sich nicht im voraus bestimmen. Es wird bei einer einmaligen Fastenkur mit etwa zehn Prozent Verlust des Gesamtkörpergewichtes veranschlagt, wovon der Hauptanteil in die erste Fastenwoche fällt. Die stärkste Gewichtsabnahme weisen die Gliedmaßen, Bauch und Hals, auf, während Brust und Kopf nur geringe Gewichtsverluste erfahren. Die Gewichtsabnahme findet in der gesteigerten Ausscheidung, der Perspiratio insensibilis und dem Abbau körpereigener Substanzen ihre zwanglose Erklärung.

Die Haut verändert sich fast regelmäßig im Laufe des Fastens, der Turgor läßt nach (Schenck). Dagegen haben wir beobachtet, daß die Haut straffer, elastischer und jugendlicher wird, insbesondere, wenn gleichzeitig hydrotherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Änderungen in der Wärmeregulation werden fast niemals vermißt. Fastende frieren sehr leicht. Deshalb führt man lieber im Sommer als im Winter Fastenkuren durch oder, wenn schon im Winter, dann mit reichlicher Wärmezufuhr von außen. Als Zeichen dafür, daß der Körper Stoffe bisher unbekannter Natur abbaut, deren Zwischenprodukte auf ihn offenbar wie Allergene wirken, sehen wir oft bei Fastenden Auftreten von Exanthemen, Ekzemen und Urticaria mit einer vorher nicht beobachteten Eosinophilie im Blut.

Die Kreislaufveränderungen bestehen — offenbar infolge Überwiegens des Vagotonus — in einer Verlangsamung der Pulsfrequenz und in einem Absinken des systolischen und diastolischen Blutdruckes. Wie Buchinger berichtet, führt das Nachlassen der tonischen Innervation der Gefäße bei plötzlichen Anstrengungen zu Ohnmachten bei gewissen asthenischen Patienten. Nicht selten beobachtet man eine leichte periphere Zyanose, die Grote durch Abnahme der Intensität der Venomotorik erklärt und die er zwecks physikalischer Anregung der Gefäße mit hydrotherapeutischen Maßnahmen (Bürstenbäder, Trockenbürsten, wechselwarme Anwendungen, Luftbäder) behandelt.

Das morphologische Blutbild erfährt durch das Fasten keine wesentliche Veränderung. Uneinheitlich dagegen ist das Ver-

halten der Senkungsreaktion (Stahn). Da wir bei Fastenkuren oft Verschlimmerungen bestehender Krankheiten oder ein plötzliches Auftreten latenter Leiden („Heilkrisen") sehen, kann man keine allgemeingültigen Regeln über das Verhalten der Senkung aufstellen.

Bezüglich des Mineralstoffwechsels hat Schenck festgestellt, daß der NaCl-Gehalt des Serums bis zum achten Fastentag sinkt. Im Urin sowie im Stuhl nimmt die NaCl-Ausscheidung ab. Die im Stuhl ausgeschiedene NaCl-Menge überwiegt die im Urin abgegebene.

Die Kalium-Ausscheidung entspricht in den ersten vier Tagen der Zufuhr. Mit Beginn der stärkeren Acidose (etwa siebten bis achten Fastentag) wird sie größer und beträgt dann mehr als das Doppelte der Zufuhr. Auffallend ist die hohe Kalium-Ausscheidung im Stuhl, besonders an den Haupttagen der Acidose. Danach sinkt die Kalium-Ausscheidung, um dann noch einmal am 17. bis 18. Fastentag den Höhepunkt zu erreichen. Der Kalium-Gehalt des Serums verhält sich zur Acidose entgegengesetzt: er sinkt beim Höhepunkt der Acidose, steigt aber danach weit über die normalen Werte, um am Ende des Fastens nur einen sehr niedrigen Wert zu erreichen.

An Calcium scheidet der Fastende fast dreimal soviel aus, als zugeführt wird, davon 21 Prozent im Urin, 79 Prozent im Stuhl. Die Ausscheidung im Urin erreicht am achten Tag ihren tiefsten Punkt, steigt plötzlich mit der Acidose am neunten Tag und sinkt dann wieder auf Werte des achten Tages. Umgekehrt verhält sich die Ausscheidung im Stuhl. Die größte Menge wird hier zu Beginn der Acidose, während des Tiefpunktes der Ausscheidung im Harn abgegeben. Der Calcium-Gehalt des Serums verhält sich ziemlich konstant, steigt nur während der Acidose an, geht dann wieder zurück und steigt gegen Ende der Fastenkur leicht an.

Über die Bedeutung des Magnesiums im Stoffwechsel ist noch wenig bekannt. Beim Fastenden besteht eine negative Bilanz. Im Blut wechselt der Magnesiumgehalt, fällt zum Höhepunkt der Acidose ab, um aber danach wieder anzusteigen. Magnesium verhält sich dabei ähnlich wie Kalium und entgegengesetzt dem Calcium.

Beim Phosphatstoffwechsel muß berücksichtigt werden, daß ein großer Teil der Phosphorsäure an organische Basen gebunden ist.

Dies trifft noch mehr für den Schwefel zu, der zum größten Teil an Eiweiß gebunden ist. Bei der Veraschung erscheint der Phosphor als Phosphorsäure. Der Fastende retiniert Phosphor. Der organisch gebundene Phosphor macht im Serum keine wesentliche Schwankungen durch, stärkere aber der anorganische. An den Haupttagen der Acidose sinkt er stark ab und erreicht gegen Ende der Fastenkur steigend einen übernormalen Wert.

Schwefel wird während des Fastens vermehrt ausgeschieden, davon 75 Prozent im Harn.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Bilanz für NaCl, K, Ca, Mg und S negativ ist, während P_2O_5 zurückgehalten wird. In den ersten Tagen der Fastenkur nimmt die Acidität des Urins zu. Durch Mobilisation der Alkalien kommt es zum Anstieg des p_H-Wertes im Urin am siebten bis achten Fastentag. Gleichzeitig die Xanthoproteinausscheidung mit der Gesamtacidität des Harns, nimmt die Kohlensäurespannung der Alveolarluft ab. Dabei steigt ebenso die Titrationsacidität und die Menge des Ammoniaks. Gegen den neunten Fastentag wird der Urin wieder sauer, denn die Alkalimengen reichen trotz erheblichen Überschusses nicht zur Neutralisierung der Acetonkörper aus. Diese Acidose nimmt dann beim weiteren Fasten ab und führt sogar den Organismus in eine leichte alkalotische Stoffwechsellage zurück. Wie Grote und Schenck, so haben auch wir selbst bei den hier durchgeführten Fastenkuren niemals das Auftreten von Hungerdiabetes beobachtet.

Die Gesamtstickstoffausfuhr sinkt nach dem Beginn der Nahrungsentziehung auf etwa 3,0—4,0 Gramm am Ende der ersten Woche und hält sich auf dieser Höhe. Die Harnstoffmenge bleibt immer im gleichen Verhältnis (80—90 Prozent des Gesamt-N) zur N-Ausscheidung. Dieses Verhältnis sinkt nur gegen Ende der ersten Fastenwoche ab, weil ein Teil des N in der vermehrten Ausscheidung von NH_3 enthalten ist, dessen Zunahme zur Pufferung der sauren Endprodukte des Stoffwechsels, die in diesen Tagen vermehrt auftreten, entspricht. Die Menge des NH_3 verhält sich spiegelbildlich zur Acidose bzw. zur Menge der ausgeschiedenen Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure (Grote). Die Vorstellung von der Reinigung des

Körpers knüpft sich an die Hypothese, daß nicht vollkommen abgebaute Bestandteile des Eiweißstoffwechsels zur Ausscheidung kommen, die bis dahin im Zwischengewebe des Körpers gestapelt worden sind. Grote hat versucht, diese intermediären, N-haltigen Produkte, die bei vielen Kranken im Übermaß ausgeschieden werden, mit der Xanthoproteinreaktion nach Becher nachzuweisen, wenn auch deren quantitative Feststellung im einzelnen noch nicht möglich ist. Entsprechend der Ausscheidungsvermehrung wurde regelmäßig eine Zunahme der Xanthoproteinreaktion gefunden, der zwischen dem achten und vierzehnten Fastentag häufig eine Abnahme bis unter den Ausgangswert folgte. In dem Erreichen dieses verminderten Xanthoproteinspiegels sieht Grote einstweilen die Indikation zum Abbruch der Fastenkur. Aus äußeren Gründen nur an vereinzelten Kranken durchgeführte eigene Untersuchungen stimmen damit überein (persönliche Mitteilung von Hube). Die Annahme, daß der Weg der Intermediärprodukte vom Gewebe durch das Blut in den Harn, die Lunge, die Haut und den Darm führt, ist unter diesen Verhältnissen keineswegs gesucht. Die alte Vorstellung, daß es sich beim Fasten um eine Selbstreinigung und Entschlackung des Organismus handele, erhält durch solche Beobachtungen einen festen Boden (Grote). Dagegen haben die quantitativen Harnsäureuntersuchungen weder bei Schenck noch bei Grote besondere Abweichungen von den physiologischen Verhältnissen ergeben, so daß die Behauptung Haigs, die Harnsäure würde durch ihre Zurückhaltung und Ansammlung im Körper außer der echten Gicht noch zahlreiche andere Krankheiten verursachen, unzutreffend ist. — Über den Anteil des Aminosäuren-, sowie des Kreatinin- und Kreatin-N in der Ausscheidung läßt sich aus der Literatur kein einheitliches Bild gewinnen.

Der durch das Fasten verursachte Kohlehydratmangel führt zu einer Störung im Fettsäureabbau im Sinne einer ausgesprochenen Acidose, die ihren Höhepunkt gegen Mitte bis Ende der ersten Fastenwoche erreicht. Zu einer erheblichen Ketose kommt es jedoch nicht. Der Körper scheint sich sehr schnell auf einen Glycogenumsatz einzustellen. Die Acetonausscheidung sinkt schon innerhalb weniger Tage auf fast normale Werte herab. Spiegelbildlich zur Acetonurie

verhält sich die NH_3-Menge des Harns. Das Fasten wirkt beim normalen Menschen nicht als hemmungsloser Glycogenabbau. Grote glaubt, daß gewisse Sparmaßnahmen eintreten, die den Verbrauch der Glycogenvorräte hemmen, und die sich in der erwiesenen Verminderung des Gesamtumsatzes des fastenden Menschen aussprechen. Dem entspricht auch die Erfahrung, von der ketosehemmenden Wirkung einer Reihe von Fastentagen auf mittelschwere Diabeteskranke (Allen und Joslin).

Während des Fastens, auch im acidotischen Stadium, bleibt das p_H des Serums konstant, dagegen sinkt die Alkalireserve. Diese nimmt in den Haupttagen der Acidose (Ende der ersten Fastenwoche) ab, erreicht aber am 18. Tag wieder ihren normalen Wert, unter den sie gegen Ende des Fastens (etwa 20. Tag) absinkt.

Die Schwankungen der Blutzuckerwerte fallen in die Zeit der großen Acetonkörperausscheidung. Gleichzeitig wird eine starke Verminderung des Blutfettes und ein Anstieg des Cholesterins beobachtet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es etwa am zehnten Tage zu einer Säurekrise, zu einer kritischen Periode, kommt, an der starke Veränderungen im Gesamt-Stoffwechsel, die noch im einzelnen am Krankenbett näher zu klären sind, auftreten.

Von anderen Untersuchungsergebnissen scheinen mir noch folgende beachtenswert: Druschky findet bei 46 fastenden Untersuchungspersonen 28mal eine Steigerung, 7mal ein Gleichbleiben, 9mal ein Absinken und 2mal überhaupt keine Bakterizidie gegen Milzbrand. Schorbusch stellt fest, daß bei gewöhnlicher Ernährungsweise das Blut in kürzester Zeit Colibazillen abzutöten vermag, dagegen wuchern hämolytische Streptokokken weiter. Während der ersten zehn Fastentage verliert das Blut die Fähigkeit, Colibazillen zu vernichten; das Vermögen, Streptokokken abzutöten nimmt dafür aber zu. Gegen Ende des Fastens findet sich eine Verbesserung der Bakterizidie sowohl gegenüber Streptokokken als auch gegenüber Colibazillen. Sämtliche Keime werden vernichtet.

Diese Untersuchungsergebnisse zeigen, welche Änderungen der Stoffwechsel des Gesunden während des Fastens erfährt. Wir sind nicht berechtigt, ohne weiteres daraus Rückschläge auf das Stoff-

wechselgeschehen beim Kranken zu ziehen. Aufgabe der Zukunft wird es sein, entsprechende Untersuchungen auch an Kranken in grossem Umfange vorzunehmen, um so einen Einblick in die Stoffwechselvorgänge bei fastenden Kranken zu erhalten.

Die Einleitung oder Durchführung einer Fastenkur erfordert eine strenge Indikationsstellung. In zahlreichen Arbeiten vermissen wir eine klare Anzeigestellung, wenn auch Grote sagt, daß die Anzeige mehr durch die Persönlichkeit des Kranken als durch die spezifische Natur des Krankheitsvorganges bestimmt zu werden scheint. Dennoch kann die Fastenbehandlung als ein therapeutisches Verfahren von hoher Wirksamkeit empfohlen werden. Wie auch in der Literatur erwähnt wird (Schenck, Grote, Buchinger, Brauchle u. a.) sollte das Fasten bei abzehrenden Krankheiten (Tbc, Krebs, Morbus Basedowi, hohes Alter) unterlassen werden.

Für das Fasten besonders geeignet sind die Kreislaufstörungen im Zustand der Dekompensation (Gutzeit, Moschinsky). Wasseransammlungen der Klappenfehlerkranken, das cardiale Asthma bei Hypertonie, die Coronarinsuffizenz werden oft günstig beeinflußt. Die heilsame Wirkung des Fastens bei der akuten Glomerulonephritis ist allgemein anerkannt. Der „rote Hochdruck" reagiert so gut auf das Fasten, daß, wie Grote sagt, das Ansprechen des Hochdruckes als ein differentialdiagnostisches Zeichen gegenüber dem blassen Hochdruck bewertet werden kann, der selbst durch längere Fastenkuren unbeeinflußt bleibt.

Bei allen Formen der Fettsucht ist die Indikation zum Fasten gegeben. Wie Stahn durch die Abderhaldensche Reaktion nachweisen konnte, wurden die vor der Fastenbehandlung gestörten interferometrischen Abbaubilder günstig im Sinne der Angleichung an die Norm beeinflußt.

Bekannt ist ferner die gute Wirkung des Fastens beim Diabetes. Als Behandlungsform ist aber das Fasten seit der Einführung des Insulins in seiner Bedeutung gesunken, so daß auch wir nur gelegentlich bei Diabetikern einzelne Safttage einschieben.

Als besonders geeignet finden wir für Fastenkuren akute und

chronische Entzündungen mit und ohne Eiterungen und alle akut fieberhaften Erkrankungen.

Von den Gelenkleiden hält Grote besonders die chronische Infektarthritis für das Fasten angezeigt. Die entzündlichen Erscheinungen, die subfebrile Temperaturlage, die beschleunigte Senkungsreaktion, die Exsudate in und um die Gelenke werden günstig beeinflußt, besonders, wenn noch zusätzlich die hydrotherapeutischen und physikalischen Maßnahmen Verwendung finden. Die Arthrosis deformans spricht weniger günstig auf eine Fastenbehandlung an, während aber die Behandlung der akuten Polyarthritis, wie überhaupt der akuten Infektionskrankheiten durch das Fasten wesentlich unterstützt wird.

Erkrankungen der Verdauungsorgane (z. B. Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Colitiden, Gastritiden, chronische Obstipation) werden durch das Fasten gelegentlich günstig beeinflußt.

Auch bei allergischen Erkrankungen (Asthma bronchiale [Straube], Migräne, Ekzem [Bommer, Mayr, Glück]) haben wir durch Fastenbehandlung Erfolge gesehen, ebenso bei anderen Hautkrankheiten nichtparasitärer Natur, wie z. B. Psoriasis vulgaris (Milbradt).

Wie aus der weiter unten aufgeführten Statistik ersichtlich ist, haben wir noch zahlreiche Kranke mit Erfolg fasten lassen, deren Leiden nicht in das Gebiet der Inneren Medizin oder Hautkrankheiten gehören. So z. B. aus der Chirurgie: Abszesse, Furunkel, Karbunkel, Panaritien und Ulcera cruris; aus dem Gebiet der Frauenheilkunde: Entzündungen der Gebärmutter und der Adnexe und Fluor.

Es steht also fest, daß das Indikationsbereich der Fastenkur sehr weit ist. Art und Einstellung des Kranken aber bestimmen mehr Anzeige und Gegenanzeige zum Fasten als die Krankheit selbst.

Die technische Durchführung einer Fastenkur ist verhältnismäßig einfach. Am besten wird sie wohl in einem Krankenhaus durchgeführt, wenn auch unter ärztlicher Kontrolle ambulantes Fasten durchaus möglich ist. Von der inneren Einstellung und dem Einfluß des Arztes wird es abhängen, ob dann der Kranke auch zu Hause, wo oft andere Einflüsse einwirken, das Fasten richtig durchführt.

Unsere Kranken erhalten während ihrer Fastenkur täglich zwei Gläser Obstsaft und zwei Tassen Tee (Brauchle, Hube). Wollen wir eine raschere Wirkung erzielen, so erhält der Kranke nur Tee. In den meisten Fällen aber kommt man wohl mit der genannten Form aus. Soll noch ein besonderer therapeutischer Erfolg gleichzeitig mit dem Fasten verbunden werden (z. B. Anregung der Diurese), so erhält der Kranke nur Obst bzw. Gemüsesäfte (Reichtum an K [Heun]). Mit Obstsäften kann das Fasten leichter als mit Gemüsesäften durchgeführt werden, da man diese bald über bekommt. Unsere Kranken, besonders die Fettsüchtigen, werden dazu noch aufgefordert, nicht unbedingte Bettruhe einzuhalten, sondern auch an der Nachmittagsgymnastik nach Leube-Kohlrausch teilzunehmen, Luft- und Sonnenbäder zu machen. Außerdem wird die Behandlung unterstützt durch hydrotherapeutische Maßnahmen, angefangen bei der wechselwarmen Waschung als mildester Form bis zum Lichtkasten mit Dreiviertelpackung.

Fastende und Nichtfastende sind bei uns nicht getrennt untergebracht. Bei allen Fastern muß noch mehr als gewöhnlich für ausreichende Durchlüftung der Zimmer gesorgt werden, da gerade beim Fasten oft unangenehm riechende Hautausdünstungen, deren Natur und Zusammensetzung noch unbekannt sind, auftreten. Deshalb ist strengste Körperpflege geboten. Wie bei Buchinger wird auch bei uns bei jedem Fasten das Rödersche Mandelabsaugungsverfahren durchgeführt, da, ähnlich wie die Außenhaut, auch die Schleimhäute stinkende Produkte ausscheiden und auch die Zunge sich mit einem dicken, grün-gelblichen übelriechenden Belag bedeckt. Wir haben beobachtet, daß sich die Patienten nach dem „Rödern" immer erleichtert fühlen.

Zu Beginn einer Fastenkur erhält jeder Patient noch einen Eßlöffel Glaubersalz in heißem Wasser gelöst, zur schnelleren Darmreinigung. Danach sorgt ein täglicher Einlauf für die Entleerung des geringen Hungerkotes und der anderen, in den Darm ausgeschiedenen Stoffen.

Oft beobachten wir in den Tagen der Acidose auch seelischen Stimmungswechsel, gelegentlich einhergehend mit starkem Hungergefühl. Über diese Flaute hilft dann ein geriebener roher Apfel (100—150 g)

oder etwas Honig (40 g) hinweg. Dadurch schwindet das Hungergefühl wieder, diese Krise im Fasten ist dann überstanden.

Beim Fasten erleben wir immer wieder Zwischenfälle, die von negativ eingestellten Kranken als Verschlimmerung gedeutet werden. Die Naturheilkunde sieht aber darin einen begrüßenswerten Vorgang, der als „Heilkrise", als Rückvergiftung, bezeichnet wird. Die vorgebrachten Beschwerden subjektiver Art und das Erscheinen bisher latenter Krankheiten soll damit erklärt werden, daß im Gewebe retinierte Stoffe mit giftiger Wirkung in das zirkulierende Blut übertreten. Nach Grote fallen diese Erscheinungen zusammen mit dem vermehrten Auftreten intermediärer Stoffe im Harn, so daß ein ursächlicher Zusammenhang wohl sicher anzunehmen ist. Gelegentlich haben wir plötzliches Auftreten allergischer Zustände (Eosiniphile, Urticaria, Ekzem) beobachtet, die ein Allergen voraussetzen, das hier aber nur aus dem eigenen Stoffwechsel stammen kann.

Mitunter beobachten wir bei manchem Faster den plötzlichen Abgang von Darmparasiten (wie Spulwürmern), die dem Kranken vorher keine Beschwerden verursacht hatten. Das Fasten als Wurmkur zu benützen, wird in den meisten Fällen nicht nötig sein, da es zahlreiche andere Mittel gibt, die die gleiche Wirkung einfacher erzielen.

Als Fastenkur bezeichnen wir eine Nahrungsentziehung von mehr als drei Tagen. Die meisten Kranken lassen wir etwa 12—17 Tage fasten, wenn es auch in besonders gelagerten Fällen zu Fastenkuren bis zu drei und vier Wochen Dauer kommt.

Wie Bottenberg stehen auch wir auf dem Standpunkt, daß mehrere kürzere Fastenkuren wirkungsvoller sind als eine langanhaltende. Denn bei dieser kommt es nach den Haupttagen der Acidose zu keinen weiteren tiefeingreifenden Stoffwechselveränderungen. Diese wiederholen sich nach dem Beginn jedes weiteren Fastens, selbst wenn nur wenige Tage zwei Fastenkuren trennen.

Der Übergang zur Normalkost muß langsam und vorsichtig erfolgen. Hier bekommen die Kranken am Morgen nach dem letzten Fastentag zu dem Tee einen geriebenen rohen Apfel, zu den anderen Mahlzeiten eine Kartoffel- oder Gemüsesuppe. Erst vom zweiten bis dritten Tag an erhalten die Kranken dann eine vegetarische, salzarme

Kost. Auf diese Weise sehen wir ganz selten Schwierigkeiten beim „Fastenbrechen". Nach dem Übergang zur richtigen Kost setzt dann auch wieder die Darmtätigkeit ein, so daß die während des Fastens erforderlichen täglichen Einläufe fortgelassen werden können.

Ehe nun einzelne Krankengeschichten aufgeführt werden, soll vorher ein Überblick gegeben werden, auf welche Krankheiten sich die Faster unseres Krankengutes verteilen.

Von 1934 bis Ende 1939 haben von den 4150 Patienten des Prießnitzhauses in Mahlow 428 gefastet, davon 327 Frauen und 101 Männer, also etwas mehr als zehn Prozent sämtlicher Kranker (gegenüber zwei Prozent bei Würfel). Die Verteilung von 1/3 Männern zu 2/3 Frauen entspricht nicht ganz dem durchschnittlichen Anteil, der sonst 1/4 zu 3/4 beträgt.

Wegen Fettsucht haben 73 Kranke gefastet (64 Frauen und 9 Männer); davon waren bei 20 außergewöhnlich hohe Gewichtsverluste zu verzeichnen, während 35 im Laufe der Fastenkur im Rahmen des Üblichen (etwas mehr als 10 Prozent des Gesamtkörpergewichtes) abnahmen. Bei 18 anderen Fettsüchtigen bestand dazu noch Hypertonie, bei allen sanken Blutdruck und Gewicht erheblich. Als Nebenbefunde wurden noch beobachtet: 6 Kranke mit Obstipation, 1 mit Diabetes mellitus, 11 mit Arthrosis deformans, 1 mit gastrocardialer Symptomenkomplex, 2 mit Myomen.

Zehn Kranke mit Ulcus duodeni bzw. ventriculi wurden mit Fasten behandelt. Bei drei Frauen waren nach Beendigung der Fastenkur keine Symptome und keine objektiv nachweisbaren Befunde mehr nachweisbar. Nach Beendigung der Fastenbehandlung nahm das Gewicht zu. Bei sechs anderen (drei Frauen, drei Männern) bestanden noch anfangs leichte subjektive Beschwerden im Abdomen ohne Druckempfindlichkeit und Muskelabwehrspannung. Ein Kranker wurde als ungeheilt entlassen. — Von 20 Kranken, die wegen Gastritis fasteten, hatten 6 (2 Frauen, 4 Männer) keinerlei Beschwerden weiter, der Appetitmangel war verschwunden, nach der Nahrungsaufnahme bestand kein Magendruck mehr, sie nahmen zu, von Sodbrennen wurden sie nicht mehr belästigt. Bei 13 (8 Frauen, 5 Männer) war anfangs nach Wiederaufnahme der Nahrung nach den

Mahlzeiten noch ein leichter Druck in der Magengegend vorhanden, der aber bald verschwand. Alle nahmen an Gewicht noch bei weiterer naturheilerischer Krankenhausbehandlung zu. Eine Kranke, deren Krankheitszustand durch eine Psychoneurose ungünstig beeinflußt wurde, blieb ungeheilt.

Drei Frauen, die wegen Cholecystitopathie fasteten, hatten am Ende der Behandlung keine typischen Beschwerden mehr. Bei ihnen war auch kein objektiv krankhafter Befund mehr zu erheben. Bei neun Frauen und sieben Männern bestand noch kurz nach dem Fasten nur noch ein geringer Druck in der Lebergegend.

Zwei Kranke mit chronischer Appendicitis hatten nach Fastenbehandlung keinen Druckschmerz am Mc. Burney und keine Muskelabwehrspannung mehr.

Ein Kranker mit gastrocardialem Symptomkomplex durch Meteorismus hatte nach Fasten keine Herzbeschwerden mehr.

Ein Kranker fastete wegen Colitis und hatte danach keinen heftigen Stuhlzwang und keine kolikartigen Leibschmerzen mehr. Der Druckschmerz im Verlauf des Colons war verschwunden.

Ein Kranker, bei dem neben einer Pancreatitis eine Tuberkulose festgestellt wurde, fastete nur wenige Tage erfolglos und wurde in eine Lungenheilstätte überwiesen.

Zwei Kranke mit Ruhr wurden geheilt.

Wegen chronischer Obstipation fasteten 12 Kranke. Bei fünf Frauen trat nach dem Fasten der Stuhlgang wieder regelmäßig ohne jegliche Hilfe ein, während bei fünf anderen Kranken (vier Frauen, ein Mann) zeitweise noch mit milden Laxantien nachgeholfen werden mußte. Die chronische Obstipation bei zwei anderen Frauen blieb unbeeinflußt.

Von den 35 Kranken, die wegen chronischem Gelenkrheumatismus fasteten, wurden zwei (eine Frau, ein Mann) durch Fasten nicht gebessert, während bei den übrigen (31 Frauen, 2 Männer) die Gelenkschwellungen und -schmerzen zurückgingen. Die Beweglichkeit der befallenen Gelenke nahm wieder zu. Bei drei Kranken mit akutem, fieberhaftem Gelenkrheumatismus gingen durch das Fasten alle Erscheinungen und Beschwerden zurück. Dagegen fastete je

ein Mann mit Arthrosis deformans und Arthritis urica ohne bemerkenswerte Einwirkung auf die Gelenkveränderungen. Drei Frauen und zwei Männer, die wegen Muskelrheuma gefastet hatten, klagten danach nicht mehr über Schmerzen; Bewegungen konnten ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden.

Acht Frauen und sechs Männer fasteten wegen verschiedener Neuritiden und Neuralgien (Trigeminus, Ischias, Intercostal, Occipital). Bei allen wurden wesentliche Besserungen beobachtet, die Schmerzen gingen zurück und verschwanden fast vollständig.

Es fasteten 43 Hypertoniker. Davon ging bei fast allen neben den üblichen Beschwerden auch der Blutdruck zur Norm herab, ohne daß bei allen etwa strenge Bettruhe verordnet gewesen wäre. Nur bei einer Frau mit multipler Sklerose und einem Mann mit blassem Hochdruck wurde keine Besserung durch Fasten erreicht.

Neun Kranke fasteten wegen Dekompensation, bei acht gingen die Dekompensationserscheinungen zurück, die nur bei einem Mann sich nicht durch Fasten beeinflussen ließen.

Bei einem Mann mit Angina pectoris durch Tabakabusus traten nach einer Fastenbehandlung überhaupt keine Anfälle mit heftigen Schmerzen in der Herzgegend, Beklemmung und Angstgefühl mehr auf. Ein anderer Mann, der wegen Angina pectoris gefastet hatte, klagte nur noch ab und zu über geringe Schmerzen in der Herzgegend, während die Anfälle in der Intensität von früher nicht mehr auftraten.

Die Kreislaufverhältnisse bei zwei Frauen, die wegen Zirkulationsstörungen gefastet hatten, wurden wesentlich gebessert.

Von den acht Neurasthenikern wurden nur zwei durch Fasten nicht geheilt. Dagegen hatten fünfzehn Kranke, die wegen verschiedenster Neurosen fasteten, alle danach keine Beschwerden mehr geäußert.

Obwohl die Thyreotoxikose zu den Krankheiten gehört, bei denen das Fasten nicht angezeigt ist, haben bei uns vier Frauen, allerdings nur mit leichterer Thyreotoxikose, gefastet, wobei danach drei wieder an Gewicht zunahmen und ruhiger wurden. Gleichzeitig wurde die Herzaktion wesentlich ruhiger. Bei der vierten konnte keine Bes-

serung erzielt werden. Eine Kranke mit Struma parenchymatosa blieb ungeheilt, das Zurückgehen des Halsumfanges ließ sich durch die Abnahme der Fettpolster erklären. Die Struma blieb unbeeinflußt.

Durch kurzes Fasten wurden zwei Schwangerschaftstoxykosen erheblich gebessert. Das Erbrechen hörte auf und trat auch nach Wiederaufnahme der Nahrung nicht wieder auf.

Von den Kranken, die wegen Infektionskrankheiten fasteten, ergaben sich folgende Resultate: Geheilt wurden:

eine Frau mit Pneumonie, zwei Frauen mit Grippe, ein Mann und eine Frau mit Angina, zwei Frauen mit Erysipel. Bei der Diphtherie haben wir auch Erfolge gesehen. Es handelte sich um vier Angehörige einer Familie, die alle eine Serumbehandlung ablehnten. Bei drei Frauen vollzog sich die Heilung glatt, bei der vierten blieb für kurze Zeit eine Gaumensegelparese bestehen. Die von Liebau und Schneller gemachten günstigen Erfahrungen können wir an den wenigen Fällen bestätigen.

Bei einem Mann und einer Frau mit chronischer Nierenentzündung und Hypertonus sanken durch Fasten Blutdruck und Eiweißwerte im Urin, um auch später nicht wieder anzusteigen. Bei fünf anderen mit chronischen Erkrankungen der Harnorgane (wie Nephrosklerose, Pyonephrose, Nephrolithiasus, chron. Cystitis) haben wir günstige Einwirkungen durch Fasten gesehen. Eine Frau mit chronischer Nephritis blieb auch durch Fasten ungeheilt.

Fünf Kranke (drei Frauen, zwei Männer), die wegen Asthma bronchiale fasteten, hatten danach nicht mehr so zahlreiche und heftige Anfälle von Atemnot. Außerdem wurde ein Rückgang der Eosiniphilie beobachtet. Die bei drei Frauen durch Migräne verursachten Beschwerden gingen bei zwei weitgehendst zurück, bei der dritten verschwanden sie vollständig. 36 Kranke fasteten wegen Ekzem, bei 5 (4 Frauen, 1 Mann) gingen sämtliche Hauterscheinungen zurück, bei 28 (26 Frauen, 2 Männern) waren nur noch ganz geringe Hautpartien befallen. Nur bei einer Frau und zwei Männern konnte das Ekzem durch Fasten nicht beeinflußt werden.

Gehört das Ekzem als allergische Erkrankung noch mit in das Grenzgebiet der Inneren Medizin, so würde es über den Rahmen die-

ser Arbeit hinausgehen, wollte man die günstigen Erfahrungen bei anderen Hauterkrankungen noch mitteilen. Andere medizinische Fachgebiete müßten bei einem vollständigen Überblick über sämtliche im Prießnitzhaus mit Fasten Behandelte noch weiter berücksichtigt werden, da bei uns z. B. auch Kranke gefastet haben, die etwa chirurgisch oder gynäkologisch erkrankt waren.

Aus der oben ausführlich geschilderten Aufstellung über Kranke mit inneren Leiden, die mit Fasten behandelt worden sind, ergibt sich, daß oft bei den genannten Krankheiten sich zweifellos ein Erfolg erzielen ließ.

Im folgenden führe ich einige Krankenbeobachtungen an, die diesen Erfolg der Fastenbehandlung eindrucksvoll belegen.

Fall 1.

Herr H. R., 50 Jahre alt. Diagnose: Hypertonus.

Vorgeschichte:

Familienanamnese: Vater mit 35 Jahren an Lungenentzündung, Mutter mit 67 Jahren an Magenkrebs gestorben.

Eigene Anamnese:

Keine erinnerliche Kinderkrankheiten. Auch sonst nie ernstlich krank gewesen. Inf. ven. neg. 1911 Appendektomie und Mandelentfernung.

Schon 1930, vor 10 Jahren, wurde anläßlich einer Untersuchung für den Abschluß einer Lebensversicherung ein erhöhter Blutdruck ohne Nierenbeteiligung festgestellt. Damals aber keine Beschwerden. Diese traten erst 1937 mit Kopfschmerzen und Schwindelgefühl auf. Daraufhin Kur in Wildungen, nach sechs Wochen Absinken des Blutdruckes von 280 auf 180 mm Hg. — Seit einem halben Jahr Zunahme der Beschwerden, sehr starke Kopfschmerzen, Schwindel, Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit. Außerdem durch Krieg berufliche Mehrbelastung und große Verantwortung (Abteilungsleiter in einem Flugzeugmotorenwerk).

Befund am 15. Januar 1940: 1,70 m großer und 70 kg schwerer Pat. von pyknischem Konstitutionstyp in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Kopf: Mäßige Kurzsichtigkeit und Linsentrübung

beiderseits. Keine Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels und der Nervenaustrittsstellen. Zunge feucht, nicht belegt, Gebiß saniert, kaufähig. Hals: Keine fühlbaren Drüsen, Schilddrüse nicht vergrößert. Thorax gut gewölbt, symmetrisch. Lungen: Atembewegung abdominal. Lungengrenzen gut verschieblich, Klopfschall sonor. Atemgeräusch vesiculär. Herz: Grenzen leicht nach links (1 Querfinger) verbreitert, Töne rein, regelmäßig, laut. Puls regelmäßig, kräftig, gut gefüllt, 76/min. RR 245/130 mm Hg. Bauch: Kein Druckschmerz, keine fühlbare Resistenz. Am Mc. Burney etwa 10 cm lange reizlose Operationsnarbe. Gliedmaßen frei beweglich. An Harn- und Geschlechtsorganen kein äußerlich feststellbarer krankhafter Befund. Reflexe nicht krankhaft verändert. Urin: Geringe Spur Eiweiß, sonst, auch Sediment, o. B. Bei wiederholt durchgeführten Untersuchungen höchster Eiweißwert 0,025 Prozent. Verdünnungs- und Konzentrationsversuch ergab normale Werte. Blutbild und Senkung o. B.

Verlauf:

Außer hydrotherapeutischen Maßnahmen (wöchentlich 2mal Bürstenbad, 2mal Fächerdusche, 2mal Lichtkasten + Dreiviertelpackung) wird Pat. sofort am zweiten Behandlungstag auf Saftfasten gesetzt. Er erhält vier Gläser Obstsaft, dazu am ersten Tag die übliche Menge Glaubersalz, sonst während der anderen Fastentage täglich einen Einlauf. Bettruhe wird nicht verordnet. Pat. macht Spaziergänge, nimmt an der Krankengymnastik teil. — Im Verlauf der Fastenkur sinkt der Blutdruck schon am 3. Tag auf 178/120, am 5. auf 170/120, am 7. auf 160/115, am 9. auf 155/105 mm Hg. Da in so kurzer Zeit der Blutdruck um 90 mm Hg gesunken ist und normale Werte erreicht hat, wird die Fastenkur abgebrochen. Dabei Gewichtsabnahme von 5,5 kg. In diesen 10 Tagen hat Pat. niemals Hunger verspürt und sich auch nie matt oder schwach gefühlt, worüber er selbst erstaunt ist. Nach der Fastenkur bleibt Pat. noch 14 Tage im Krankenhaus, wobei er außer den erwähnten Anwendungen eine kochsalzarme, fleischfreie, flüssigkeitsarme, obst- und gemüsereiche Kost erhielt. Die Blutdruckwerte bleiben bis zur Beendigung des Krankenhausaufenthaltes die gleichen.

Epikrise: Es handelt sich um einen essentiellen Hypertonus ohne Nierenbeteiligung, bei dem es gelang, durch eine Fastenkur von 9 Tagen, unterstützt durch hydrotherapeutische Maßnahmen, normale Blutdruckwerte zu erreichen. Dabei wurde keine Bettruhe eingehalten. Kopfschmerzen und Schwindel sind verschwunden. Pat. hat sich seit langem nicht mehr so wohl gefühlt und wird als wesentlich gebessert entlassen.

Fall 2.

Frau L. Th., 37 Jahre alt. Diagnose: Dekompensierte Mitralstenose.

Vorgeschichte:

Familienanamnese:

Mutter an Lungentbc. gestorben.

Eigene Anamnese:

Als Kind Masern und Windpocken. Menarche mit 12 Jahren, anfangs immer regelmäßig, ziemlich stark. Seit Dezember 1937 Menses unregelmäßig, meist alle 14 Tage. Kein Abort, kein Partus. Seit 1922 allgemeine Schwäche, Atemnot, Herzklopfen. 1929 9 Wochen im Krankenhaus wegen Herzklappenfehler. Nur kurzanhaltende Besserung. Von 1924—26 im Harz gelebt, dabei relatives Wohlbefinden. In den letzten Jahren zunehmende Verschlimmerung. 1938 wieder Krankenhausbehandlung, keine Besserung. Jetzt (7. 7. 38) klagt Pat. über starke Atemnot, Herzklopfen, Anschwellungen der Beine, besonders in der Knöchelgegend, Blaufärben der Beine, Hände, Lippen und Ohren und kalte Füße und Hände, allgemeine Schwäche, Völle- und Druckgefühl im rechten Oberbauch. — Pat. hat ihren Haushalt für 2 Personen bis vor kurzem gut versorgen können, jetzt wird ihr auch diese Arbeit zu schwer.

Befund: 7.7.38: 1.65 m große und 65 kg schwere Pat. vom pyknischen Konstitutionstyp in gutem Ernährungs- aber stark gemindertem Allgemein- und Kräftezustand. Pat. ist leicht erregt, ängstlich, nahe am Weinen. Auffallende Akrozyanose.

Kopf und Hals o. B. Lungen: Grenzen tiefstehend, li. hinten unten Atemgeräusch verstärkt, kleinblasige Rgs. Herz: 1 Querfinger nach rechts verbreitert. Töne laut, 2. Ton gespalten, unreines diasto-

lisches Geräusch, besonders laut über d. Spitze. 1. Ton laut paukend über d. Spitze, 2 P. T. accentuiert. Abdomen: Leberrand gerade fühlbar. Extremitäten: Leichte Knöchelödeme. Blutbild und Senkung o. B. Urin: Alb. + (Spuren). Im Sediment reichl. Leuko, mäßig viel Bact. u. Plattenepith., ganz vereinzelt Ery. Wiederholte Nachuntersuchungen: o. B.

Verlauf: Nach 28 Tagen naturheilerischer Behandlung wird Pat. beschwerdefrei entlassen. — Nach 14 Monaten kommt Pat. wieder. Zwischenanamnese: Bis zum Kriegsbeginn Wohlbefinden. Jetzt zu Hause Unmöglichkeit zur Durchführung einer entsprechenden Diät (Obsttage). Medikamente wurden abgelehnt. Zunahme der Atemnot. Beschwerden gegenüber dem Vorjahre verstärkt. Anschwellungen der Beine und Akrozyanose.

Befund (am 6. 12. 39) gegenüber dem Vorjahre wie folgt verändert: Lungen: Li. hinten unten leichtes Giemen. Herz: Verbreiterung nach re. ($1^1/_2$ Querfinger), Töne laut, unregelmäßig, diastol. Ger. über der Spitze. Spitzenstoß hebend, Puls 78/min. mäßig gefüllt. Abdomen: Leichter Flankenascites. Leber bis 2 cm über dem Nabel vergrößert, von derber Konsistenz, hartkantig. Beine: Ödeme bis zur Hälfte der Unterschenkel.

Verlauf: Pat. wird sofort auf Saftfasten gesetzt, sie erhält nur wechselwarme Ganzwaschungen und Unterarmumschläge als Behandlung. Wegen Atemnot bei geringsten Bewegungen strengste Bettruhe. Wegen der kalten Jahreszeit erhält Pat. 2 Gläser Saft und 2 Tassen Tee tägl. (400 ccm Flüssigkeit). In den ersten fünf Tagen auffallendes Zurückgehen der Ödeme und Zyanose. Am 6. Tag steht Pat. schon etwas auf. Leber am 7. Tag schon 2 Querfinger unter dem Rippenbogen. Am 8. Tag fühlt sich Pat. etwas flau und bekommt von da ab täglich einen geriebenen Apfel (150—200 g) und 2 Teelöffel Honig (40 g). Damit verschwinden Schwäche- und Hungergefühl. Am 10. Tag keine Ödeme und Akrozyanose mehr. Alle Dekompensationserscheinungen beseitigt, Abbruch der Fastenkur. In 10 Tagen 7 kg Gewichtsabnahme bei Gesamtausscheidung von fast 9 l (8950 ccm). Bei tägl. 400 ccm Flüssigkeitszufuhr betrug die Ausscheidung am: 1. Fastentag 700, am 2. 1600, am 3. 2100 und am 4. 1800 ccm; danach

bleibt die Diurese immer um 100—200 höher als die Zufuhr. — Am 15. Behandlungstag Treppensteigen ohne Schwierigkeiten. Nach einer Woche schon größere Spaziergänge ohne Beschwerden. Keine Zeichen der Dekompensation. 11 Tage nach Fastenende Gewichtszunahme von 3,6 kg, Herzbefund unverändert, aber Ödeme, Ascites, Leberschwellung, Zyanose und Frostgefühl nicht mehr nachweisbar. Eine Belastungsprobe ergab annähernd normale Werte. Nach 25 Behandlungstagen wird Pat. als wesentlich gebessert entlassen.

Epikrise: Bei einer Pat. mit dekompensierter Mitralstenose wird ohne Medikamente und ohne stark angreifende hydrotherapeutische Maßnahmen durch Fasten und anfangs auch Bettruhe die bestehende Dekompensation beseitigt. Die Diurese wird angeregt, es verschwinden Ascites, Ödeme und Leberschwellung. Auffallend ist der Rückgang der Akrocyanose. Treppensteigen und längeres Laufen machen keine Schwierigkeiten mehr. Keine Dyspnoe. Bemerkenswert ist, daß am 8. Fastentag die auftretende Fastenkrise durch geringe Hilfsmittel (Äpfel und Honig) behoben wird und das Fasten nicht unterbrochen zu werden braucht, sondern erfolgreich bis zum Ende durchgeführt werden kann. Die Ursache, der Klappenfehler bleibt, die Dekompensation ist beseitigt, daher trotz Erfolges zweifelhafte Prognose.

Fall 3.

Herr K. W., 30 Jahre alt. Diagnose: Ulcus duodeni.

Vorgeschichte:

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Mit sechs Jahren Mittelohrentzündung rechts. Seit dieser Zeit eitert das Ohr zeitweise. Vor acht Jahren Appendektomie. Vor 2 Jahren Stirnhöhlen-, Siebbein- und Kieferhöhlenvereiterung. Seit April 1939 krampfartige Schmerzen nach dem Essen in der Magengegend mit Übelkeit und Erbrechen nach den Mahlzeiten. Gewichtsabnahme von 12—15 Pfund in kurzer Zeit. Besonders bei Hunger und nachts ziehende Schmerzen im Oberleib. Behandlung mit der üblichen Diät, Belladonnapräparaten und Magnesia usta

brachte keinen Erfolg. Unverträglichkeit aller Speisen, kein Sodbrennen, kein Aufstoßen. Stuhlgang regelmäßig, kein Teerstuhl.

Befund am 14. 6. 1939: 1,65 m großer und 51,8 kg schwerer Pat. im reduzierten Ernährungs- und Kräftezustand. Asthenischer Konstitutionstyp. Kopf: keine Druck- und Klopfempfindlichkeit. Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß saniert, kaufähig. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, keine Exantheme, keine Ödeme. Hals: Keine fühlbar vergrößerten Lymphknoten, Schilddrüse nicht vergrößert. Thorax symmetrisch. Lungen-Grenzen gut verschieblich. Atemgeräusch vesiculär, Klopfschall sonor. Herz: Lage regelrecht, Grenzen nicht verbreitert, Töne rein regelmäßig, mittellaut. Puls gut gefüllt, regelmäßig 76/min. RR 105/60 mm Hg. Abdomen: Bauchdecken weich, Milz und Leber nicht tastbar, nicht druckschmerzhaft. Typischer Druckschmerz in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xyphoideus mit leichter Muskelabwehrspannung. Keine fühlbare Resistenz. Am Mc. Burney etwa 5 cm lange, reizlose Operationsnarbe. Bauchdeckenreflexe o. B. Harn- und Geschlechtsorgane o. B. Gliedmaßen o. B. Urin o. B. Mehrfach vorgenommene Stuhluntersuchungen auf occultes Blut ergaben nur einmal, am 16. 6. eine positive Benzidinprobe, auch dabei blieb die Guajakprobe negativ. Blutbild o. B. Ergebnis der Röntgenuntersuchung vom 26. 4. 39: Glatte Ösaphagus- und Cardiapassage mit schneller Entfaltung eines offenen, über der Crista gelegenen Hakenmagens. Relief mäßig vergröbert. Magenkonturen scharf. Durchgehende Perilstaltik mit frühzeitiger Ausschüttung. Der Bulbus druckschmerzhaft, zeigt im 2. schrägen Durchmesser angedeutete kleine Vorderwandnische und im 1. schrägen feine En-face-Nische. Übrige Duodenalpassage glatt. Diagnose: Kleines Ulcus duodeni mit geringgradiger Gastritis.

Verlauf und Therapie: Außer der üblichen Magenkost (nicht blähende, leicht verdauliche Gemüse, Kartoffeln, Weißkäse, Knäckebrot) noch 3mal tgl. 2 Tafeln Muzitekt. Dazu wöchentlich 2 Bürstenbäder, 4mal Magendampf mit anschl. Leibumschlag. Mittagsruhe mit Leibumschlag, Nachmittagsgymnastik, Hautmassage durch Trockenbürsten und Luftbäder. In den ersten vier Tagen tritt noch keine Besserung ein. In der Nacht zum 17. 6. vermehrte Schmerzen, sodaß

Pat. davon aufwacht. Benzidinprobe am nächsten Morgen +. Da die bisherige Behandlung bis zum 7. Tag noch keine Besserung erbringt, wird eine Fastenkur verordnet. Am 1. Tag erhält Pat. wieder die übliche Glaubersalzdosis, sonst aber nur 4 Gläser milde Obstsäfte, die noch zur besseren Verträglichkeit mit Leinsamentee vermischt sind. Muzitekt wird abgesetzt. Die 12tägige Fastenkur bekommt dem Pat. gut. Gewicht am 1. Fastentag 52,5 kg, am 5. 50 kg, am 12. 48,3 kg. Stuhlregulierung durch Einläufe. Nach dem Fasten wird Pat. vollkommen beschwerdefrei und geht nur ungern zur Magenkost über. Nach den ersten Mahlzeiten tritt eine leichte Schmerzhaftigkeit im Oberleib wieder auf, die aber nach 2 Tagen wieder verschwindet und als Füllungsreaktion gedeutet wird. Gewicht eine Woche nach dem Fasten 50,4 kg, drei Tage später schon 50,8 kg. Die Druckschmerzhaftigkeit mit der Muskelabwehrspannung ist zurückgegangen.

Epikrise: Es handelt sich um ein röntgenologisch und klinisch nachgewiesenes Ulcus duodeni, bei dem es gelang, durch eine 12tägige Fastenkur vollkommene Beschwerdefreiheit zu erzielen. Auch ohne Röntgenkontrolle kann angenommen werden, daß durch die obige Behandlung das Ulcus vernarbt ist. Mit entsprechenden Verhaltungsmaßregeln wird Pat. als geheilt entlassen.

Fall 4.

Frau A. H., 63 Jahre alt. Diagnose: Adipositas bei dekompensiertem Hypertonus.

Vorgeschichte:

Familienanamnese: Vater mit 38 Jahren an den Folgen einer chron. Blasenentzündung, Mutter an einem „Leberleiden" nach langem Gelenkrheuma mit 57 Jahren gestorben. Ein Bruder an Lungenentzündung, eine Schwester an posttraumatischer Sepsis gestorben. Bruder, Ehemann und drei Kinder sind gesund.

Eigene Anamnese: Als Kind Diphtherie. Sonst keine Kinderkrankheiten erinnerlich. — Menarche mit 12 Jahren, Periode normal, regelmäßig, Menopause mit 42 Jahren. 3 Partus, 1 Abort, Inf. ven. neg. 1935 Cholecystektomie wegen Cholelithiasis. Seit etwa 10 Jahren klagt Pat. über Atemnot bei geringeren körperlichen Anstrengungen

(Treppensteigen). Wegen dieser Atemnot muß Pat. oft auf der Straße stehen bleiben. Ab und zu leichteres Angstgefühl. Anschwellen der Beine, besonders abends, die trotz Hochlagerung während der Nachtruhe nicht mehr zurückgehen. Dazu Kopfschmerzen. Lebensweise: Alle Speisen immer gut vertragen, Fette werden gemieden. Appetit gut, Kost mit reichl. Fleisch und viel Bohnenkaffee.

Befund am 5. 6. 39: 1.62 m große und 97 kg schwere Patientin in sehr gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Körperbau normal, Muskeln schlaff. Haut: gut durchblutet, keine Exantheme, leichte Zyanose der Lippen. Starke Ausbildung der Fettpolster, besonders am Rumpf. Kopf o. B. Mundhöhle: Lippen leicht cyanotisch. Gebiß sehr lückenhaft, oben Prothese. Hals: o. B. Thorax: Brustdrüsen sehr schlaff, fettreich. Thorax symmetrisch, fast starr, kaum beweglich, leicht gebläht. Atembewegung abdominal. Lungen: Grenzen re = li stehen tief, sind wenig verschieblich. Klopfschall und Atemgeräusch o. B. Herz: Grenzen gering nach rechts, stark nach links (2 Querfinger) verbreitert. Spitzenstoß im 5. ICR hebend, fühl- und sichtbar. Töne rein, laut, regelmäßig. RR 220/110. Puls regelmäßig, 82/min. hart, gut gefüllt. Abdomen: Bauch überragt stark den Thoraxumfang. Bauchdecken weich, starke Fettpolster. Leber sehr druckempfindlich, 3 Querfinger unter dem Rippenbogen palpabel. Außerdem handbreit unter dem rechten Rippenbogen, parallel mit diesem verlaufend, eine etwa 30 cm lange, reizlose Operationsnarbe. An Harn- und Geschlechtsorganen kein krankhafter Befund. Extremitäten: frei beweglich, beide Beine in der Knöchelgegend ödematös geschwollen, dort, wie am ganzen Körper, nur stärker, vermehrte Venenzeichnung. Reflexe: o. B. Urin: außer einer Spur Eiweiß kein krankhafter Befund. Rotes und weißes Blutbild o. B. Im Diff.-Blutbild leichte Lymphozatose (47%) bei geringer Abnahme der Segmentkernigen (40%) Verlauf und Therapie: Schon vom 2. Behandlungstag erhält Pat. täglich vier Gläser Obstsaft. Außer den üblichen hydrotherapeutischen Maßnahmen (wöchentlich 2mal wechselwarme Beingüsse, 2mal ansteigendes Fußbad, 2mal wechselwarme Regenbrause) werden weiterhin der Pat. Teilsonnenbäder der Beine sowie Teilnahme an der Krankengymnastik nach Leube-Kohl-

rausch verordnet. Zur besseren Ausscheidung erhält Pat. am ersten Fastentag einen Eßlöffel Glaubersalz in einem Glas Wasser gelöst. Pat. macht kleinere Spaziergänge und nimmt auch regelmäßig an der Gymnastik teil. — Am dritten Fastentag ist das Gewicht schon auf 93 kg gesunken, am 7. auf 90,4 kg, am 10. auf 89,5 kg, am 14. auf 88,3 kg, am 17. auf 87,1 kg und am 20., dem Übergang auf eine leichte Kostform, hat Pat. 10 kg abgenommen. Dabei sind die Ödeme verschwunden, Herzaktion regelmäßig, Töne rein, Blutdruck auf 180/90 mm Hg gesunken. — Nach Gewöhnung des Magens auf Normalkost des Krankenhauses verläßt Pat. nach wenigen Tagen als wesentlich gebessert das Krankenhaus.

Epikrise:

Bei einer Adipositas mit dekompensiertem Hypertonus gelingt es, durch eine 20tägige Fastenkur nicht nur einen Gewichtsverlust von 10 kg, sondern auch gleichzeitig ohne Medikamente oder strenge Bettruhe die Dekompensationserscheinungen zu beseitigen und den erhöhten Blutdruck herabzusetzen.

Fall 5.

Frau E. S., 43 Jahre alt. Diagnose: Erysipel.

Vorgeschichte:

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Als Kind nie ernstlich krank gewesen. 1914 Lungenentzündung. 1922 Typhus. 1927 Blinddarmentzündung mit Appendektomie. Seit dem Typhus hat Pat. eine männliche Behaarung des Gesichtes, sie muß sich regelmäßig rasieren. Außerdem seit dieser Zeit dunklere Haut. Schon viele Jahre lang befindet sich am rechten Oberarm eine gutartige Fett-Geschwulst von Kirschgröße. Am 13. 1. 40 beobachtet Pat. eine Rötung der Geschwulst, später verdickt sich der Knoten. Ein Ichtyolverband bringt ihn wieder zur Abschwellung. Am 20. 1. 40 wird dann eine Incision gemacht, wobei sich viel Eiter entleerte. Durch die Salbe Hautreizung, ekzematöser Ausschlag. Nach 2 Tagen plötzlich hohes Fieber (40,2), Mattigkeit, Rötung und schmerzhafte Schwellung der ganzen Umgebung am Oberarm.

Befund: am 28. 1. 40: 1.65 m große, asthenische Frau, im guten Ernährungs- und Kräftezustand. Haut auffallend (Januar!) gebräunt. Sichtbare Schleimhäute o. B. keine Enantheme. Kopf: Leichte Protusio bulb. beiderseits. Sonst o. B. Gesicht mit Bartstoppeln bedeckt (Pat. hat sich seit mehreren Tagen nicht mehr rasieren können!) Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß saniert, kaufähig. Hals: Keine vergrößerte Lymphdrüsen, Thyreoidea, normal. Thorax: symmetrisch, Brustdrüsen schlecht entwickelt, Atembewegung abdominal, Lungengrenzen gut verschieblich, Klopfschall sonor, Atemgeräusch vesiculär. Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, leise, regelmäßig, leicht frequent. Puls 92/min. RR. 115/70 mm Hg. Abdomen: Etwa 10 cm lange Operationsnarbe am Mc. Burney. Harn- und Geschlechtsorgane: o. B. Gliedmaßen: Leichte varicöse Erweiterungen an beiden Beinen. Reflexe o. B. Am rechten Oberarm, etwa 7 cm von der Achselhöhle entfernt, an der Innenseite ein etwa kirschgroßes Lipom mit frischer Incisionswunde. Diese ist gelblichgrün vereitert, sehr schmerzhaft. Um diese Stelle herum ist die Haut von einer Ausdehnung von etwa 2 Handflächen stark gerötet, genaue Abgrenzung gegenüber den gesunden Hautpartien. Am äußeren Rand des M. pectoral. maj. ist eine Hautpartie von Handflächengröße genau so verändert wie die oben beschriebene. Urin o. B., Blutbild o. B., außer einer Leukozytose von 10000. Temperatur 39,5.

Verlauf und Therapie:

Neben milden hydrotherapeutischen Maßnahmen (tägl. wechselwarmen Ganzwaschungen) werden täglich vier Gläser Fruchtsaft verordnet. Auf den vom Erysipel befallenen Hautpartien werden lokal außerdem noch Lehmumschläge gemacht. Am 1. Fastentag ist noch keine wesentliche Veränderung zu beobachten. Am 2. Tag geht die Temperatur auf 38,2 herunter, das Erysipel schreitet nicht mehr weiter fort. Am dritten Tag geht es langsam zurück. Der Allgemeinzustand der Patientin bessert sich zusehends. Kein Fieber mehr. Pat. fühlt sich nicht mehr krank, sondern trotz des Fastens sehr wohl und frisch. Am vierten Tag ist das Erysipel nicht mehr nachweisbar. Die befallen gewesenen Hautpartien schuppen und sind bräunlich verfärbt. Pat. hat keine Schmerzen mehr im Arm, die Wunde reinigt sich.

Weitere Besserung am fünften Tag. Das Ziel der Behandlung ist erreicht, daher Abbruch der Fastenbehandlung. Mehrfach während der Fastenkur vorgenommene Untersuchungen auf Aceton und Acetessigsäure im Urin bleiben negativ. Leukozytose von 10000 auf 6400 zurückgegangen. Senkung nicht mehr beschleunigt.

Epikrise: Durch das Fasten gelingt es, innerhalb von fünf Tagen ein Erysipel zu beseitigen. Durch die Lehmumschläge wird der Heilungsvorgang beschleunigt. Medikamente (wie z. B. Prontosil) werden nicht gegeben. Interessant ist, daß es hier durch eine im Anschluß an die Fastenkur gegebene obst- und gemüsereiche Kost möglich ist, den Urin zur alkalischen Reaktion zu bringen. Bei bestem Allgemeinbefinden wird Pat. als geheilt entlassen.

Fall 6.

Frau E. S., 57 Jahre alt. Diagnose: Osteoarthropathia deformans bei Fettsucht.

Vorgeschichte:

Familienanamnese: Vater mit 60 Jahren an Brightscher Krankheit, Mutter mit 65 Jahren an Magenkrebs gestorben. Ein Bruder ebenfalls an Nierenkrankheit gestorben.

Eigene Anamnese: Als Kind Masern, 2mal Scharlach, Diphtherie. Menarche mit 14 Jahren, Periode regelmäßig. 1 Partus.

Pat. war als Kind schon stark, sonst aber immer gesund gewesen. Vor 27 Jahren Appendektomie und später einmal eine Gallensteinkolik. 1930, vor etwa 5 Jahren, Entfettungskur mit Lipolysin, danach 15 Pfund abgenommen. Nach drei Monaten trat plötzlich Zittern der Hände und Füße auf. Hervortreten der Bulbi und Schwellung der Schilddrüsen. Später allmählicher Rückgang dieser Symptome. 1932 Entfernung einer flachen Warze am re. Oberlid im inneren Winkel. Danach Hängen des Lides. 1933 wieder Entfettungskur, durch Fastenkur in einem Sanatorium 13 Pfund abgenommen. Seit 1934 bei längerem Gehen ziehende Schmerzen im rechten Knie, das anfangs auch gerötet und geschwollen gewesen war. Pat. führt diese Erkrankung auf ein Trauma zurück. Inf. ven. neg.

Befund am 8. 7. 35: 1.56 große und 85.8 kg schwere Pat. Allgemeine Fettsucht. Sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Keine Exantheme, etwas Knöchelödeme. Kopf: Nervenaustrittsstellen frei. Keine Klopfempfindlichkeit. Bulbi frei beweglich. Re. Bulbus tritt etwas hervor, rechtes oberes Augenlid steht etwas tiefer als das linke. — Zunge feucht, Gebiß oben und unten Prothese. Rachen o. B. Hals o. B. Schilddrüse nicht vergrößert. Thorax: Brustdrüsen schlaff, sehr fettreich. Lungen o. B. Herz: Grenzen wegen starker Adipositas nicht feststellbar. Aktion regelmäßig, Töne rein, leise. Puls gut gefüllt, regelmäßig, 68/min. RR 135/80. Abdomen: Bauchdecken weich, sehr fettreich, Leber und Milz nicht tastbar. Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Reflexe o. B. Keine Ataxie, kein Tremor, kein Dermographismus. Gliedmaßen: Rechtes Knie leises Reiben und Knirschen, mäßige Schmerzhaftigkeit, leicht eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit. — An beiden Beinen mäßige Krampfadern. Blutbild o. B. Urin o. B.

Verlauf und Therapie: Vom 2. Behandlungstag fastet Pat. An hydrotherapeutischen Maßnahmen wird noch verordnet 3mal Bürstenbad und 3mal Fächerdusche wöchentlich, außerdem Trockenbürsten, Krankengymnastik nach Leube-Kohlrausch, Spaziergänge, Teilsonnenbäder. Während des Fastens noch 3mal wöchentlich Rödersche Mandelbehandlung. Nach acht Fastentagen fühlt sich Pat. etwas matt. Gewicht 81,8 kg, Puls wenig gefüllt, 60/min. RR 135/80. Bauchdecken weniger fettreich, Leber am Rippenbogen tastbar, noch druckempfindlich. Nach 10 Fastentagen wird die Fastenkur abgebrochen. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Im Knie keine Schmerzen mehr, Hinknien und Aufstehen ohne Schmerzen möglich. Haut gebräunt, besser durchblutet. Lunge o. B. Herztöne leise, Aktion regelmäßig, RR 120/80. Keine Druckempfindlichkeit mehr im rechten Oberbauch. Fettsucht und Osteoarthropathia deformans wurden gebessert.

Epikrise: Durch eine 10tägige Fastenkur, bei der unterstützend hydrotherapeutische Maßnahmen angewendet wurden, ist es gelungen eine Osteoarthropathia deformans wesentlich zu bessern. Gleichzeitig ist ein begrüßenswerter Gewichtsverlust von 5 kg zu verzeichnen, während außerdem ohne jegliche spezifische Behandlung die

subjektiven Gallenblasenbeschwerden und der objektive Befund verschwinden.

Fall 7.

Frau M. Th., 59 Jahre alt. Diagnose: Adipositas.

Vorgeschichte:

Familienanemnese: o. B.

Eigene Anemnese: Keine Kinderkrankheiten erinnerlich. Sonst auch nie ernstlich krank gewesen. Menarche mit 14 Jahren, 3 Tage, ohne Beschwerden. Menopause mit 45 Jahren. 1922 in beiden Beinen Thrombophlebitis mit Lungenembolie. Seit etwa acht Jahren ständige Gewichtszunahme, besonders auffallend an den Beinen und am Rumpf. Gleichzeitig beim Treppensteigen, nach langem Stehen oder Gehen Schmerzen in beiden Knien. Seit einem Jahr besonders lästige Zuname des Gewichtes und der oben beschriebenen Beschwerden. Pat. ist Inhaberin einer Gastwirtschaft. Der Appetit der Pat. ist immer sehr gut, sie ißt reichlich, stark gewürzt und trinkt auch oft Bier.

Befund am 28. 5. 38:

Die pyknische Pat. wiegt bei einer Größe von 1,63 m 97,8 kg. Sie befindet sich in gutem Kräfte- und übermäßigem Ernährungszustand. Keine Exantheme, keine Ödeme. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Fettpolster besonders stark am Rumpf und an den Beinen ausgebildet. Kopf: Keine Klopfempfindlichkeit, Sinnesorgane o. B. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Mundhöhle: Zunge feucht, nicht belegt, Mandeln nicht vergrößert. Foetor ex ore! Gebiß: Prothese oben und unten. Hals: Keine fühlbaren Drüsen, Schilddrüse nicht vergrößert. Thorax: Symmetrisch, leicht gebläht. Abdominale Atembewegung. Lungengrenzen mäßig verschieblich, re. li. Klopfschall, sonor, versikuläres Atemgeräusch. Herz: Geringe Verbreiterung nach rechts, Töne rein, mittellaut, regelmäßig. Puls regelmäßig, 74 i. d. Min., weich, mäßig gefüllt. RR 145/90. Bauch: Bauchdecken weich, fettreich. Leber und Milz nicht vergrößert. Kein Druckschmerz, keine Resistenz. Harn- und Geschlechtsorgane o. B. Gliedmaßen: Beide Unterschenkel und Knöchel sind stark verdickt, keine Ödeme. Beide Knie, wie alle

anderen Gelenke, frei beweglich, dabei aber in beiden Knien noch lautes Reiben und Knirschen. Am linken Unterschenkel abgeheiltes Ulcus cruris (ca. 2×5 cm). Krampfadern. ZNS und peripheres NS o. B. Urin o. B. Blutsenkung 9/18. Im weißen bzw. roten Blutbild außer einer Lymphocytose von 47% kein krankhafter Befund.

Therapie und Verlauf:

Neben hydrotherapeutischen Maßnahmen (2mal Lichtkasten mit anschl. Dreiviertelpackung, 2 mal wechselwarme Fächerdusche mit 2mal wechselwarmen Beingüssen) erhält Pat. vom 1. Tag an strenge Rohkost. Da Pat. nur wenig Zeit für den Krankenhausaufenthalt hat und schnell abnehmen will, wird am 4. Tag mit einer Fastenbehandlung begonnen, die über 12 Tage ausgedehnt wird. Pat. verträgt das Fasten anfangs sehr gut. Am 4. Fastentag wiegt sie nur noch 91,9 kg. Am 8. Fastentag Zunahme subjektiver Beschwerden, wie leichte Schwäche, Unruhe. Pat. bleibt an diesem Tage im Zimmer und unterläßt die Spaziergänge und die Teilnahme an der Atemschule und Hockergymnastik nach Leube-Kohlrausch; am nächsten Tage schon Nachlassen aller Beschwerden, ohne daß irgendwelche Hilfsmittel oder Zulagen gegeben worden wären. Am 12. Fastentage ist das Gewicht auf 89,4 kg gesunken. Pat. ist mit diesem Erfolg zufrieden und bricht auf eigenen Wunsch die Fastenkur ab, ohne daß sie in den letzten Tagen irgendwelche Beschwerden gehabt hätte. Trotz vegetarischer, rohkostreicher Kost sinkt das Gewicht weiter und beträgt am Entlassungstag (27. Behandlungstag) nur noch 85,6 kg. Pat. fühlt sich viel frischer und freier. Laufen, Treppensteigen und Stehen sind ohne Schwierigkeiten möglich. — Die leicht beschleunigte Blutsenkung hat normale Werte erreicht, die Lymphocytose ist zurückgegangen (auf 40%).

Epikrise:

Bei einer stark adipösen Patientin ohne Zeichen kardialer Dekompensation oder Hypertonus gelingt es, durch eine 12tägige Fastenbehandlung eine wesentliche Gewichtsabnahme zu erreichen. Die am 8. Tag auftretenden Beschwerden werden ohne Hilfsmittel überwunwunden. Nach Wiederaufnahme der Nahrung nimmt Pat. nicht wieder

zu, sondern das Gewicht sinkt weiter. Unterstützt wird hier die Fastenbehandlung durch hydrotherapeutische Maßnahmen. Wesentlich ist, daß Pat. trotz des Fastens nicht ständig im Bett liegt, sondern bis zum 8. Fastentag regelmäßig an der Krankengymnastik teilnimmt. Neben der objektiven Besserung des Befundes (Gewicht, Blutbild) stellt Pat. ein Verschwinden ihrer subjektiven Beschwerden fest. Sie wird als wesentlich gebessert entlassen.

Fall 8.

Herr E. S., 20 Jahre alt. Diagnose: Akute Nephritis. (aus der II. Medizinischen Klinik der Charité)

Vorgeschichte:

Familienanamnese: Eltern gesund, ein Bruder Lungentbc.

Eigene Anamnese: Kinderkrankheiten nicht bekannt. Mit 6 Jahren Angina. Mit 12 Jahren werden am Hals vergrößerte Drüsen festgestellt. Vor 14 Tagen Halsschmerzen, die mit hohem Fieber bis zu 40^0 einhergingen. Mit diesen Erscheinungen lag Pat. 8 Tage im Krankenhaus. Tägliche Eiweißkontrolle im Urin verlief jedesmal negativ. Danach machte Pat. dann 8 Tage Dienst weiter und fühlte sich dabei sehr wohl. Vor 5 Tagen bemerkte Pat. plötzlich Gedunsenheit im Gesicht, die sich zunächst nur in einer Schwellung um die Augen lokalisierte, sich dann über das ganze Gesicht ausbreitete und schließlich auch Arme und Hände befiel. Gleichzeitig mit der Schwellung im Gesicht traten leichte Kopfschmerzen auf. Pat. bemerkte keine Urinveränderungen.

Befund vom 17. 11. 36:

1,65 m großer Pat. in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Gedunsenes Aussehen, blasse Hautfarbe.

Kopf frei beweglich, Zunge belegt, Zähne kariös. Rachen und Tonsillen gerötet. Hals: Keine Drüsen tastbar, Schilddrüse nicht vergrößert. Thorax: gut gewölbt, Atemexcursionen ausgiebig. Lungengrenzen gut verschieblich, sonorer Klopfschall, Vesiculäratmen über beiden Lungen. Herz: Grenzen nicht verbreitert, systolisches Geräusch über der Mitralis, 2. P. T. etwas betont. Aktion regelmäßig, nicht beschleunigt. Abdomen: weich, eindrückbar, Leber und Milz

nicht palpabel, Nieren nicht druckempfindlich. N.S.: PSR und ASR beiderseits schwer auslösbar. Babinski —, Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Verlauf:

Pat. wird sofort auf absolute Hunger- und Dursttage gesetzt. Gewicht 67,4 kg, RR 155/100 mm Hg, Blutbild 78% Hb, Ery 5,8 Mill., Leuko 4.800. Gesamt-N 1,050 g %, Rest-N 42,0 mg %, Indikan weniger als 0, 320 mg %, Xanthoprotein 26, Chloride 614,3 mg %. Urin 4% Alb. Esbach. Im Sediment massenhaft Leuko. u. Ery., vermehrt hyaline u. granulierte Zyl. 8. Behandlungstag: Gewicht 63,2 kg. RR 155/110 mm Hg. Nach fünf absoluten Hunger- und Dursttagen erhält Pat. salzfreie Nierendiät. Pat. fühlt sich relativ wohl. 14. Tag: Befinden steigend besser, Blutdruck bis auf 115/80 mm Hg gesunken: Alb. 0,8 % Esbach, Sediment: reichl. Ery. u. Leuko. Am 22. Tag hat Pat. immer $^3/_4$% Esbach, im Sediment Ery., Leuko. und Zylinder. Pat. fühlt sich aber besser. — Die Eiweißwerte sind am 29. Tag nicht mehr nach Esbach abzulesen. Im Sediment sind Ery. stark zurückgegangen, noch reichlich Leuko, Nierenfunktionsprüfung am 51. Tag ergibt normale Werte. Nach 56 Tagen Entlassung als wesentlich gebessert.

Epikrise:

Bei einer akuten Nephritis, die mit Gesichtsödem, Blutdrucksteigerung, Hämaturie und Rest-N-Erhöhung 5 Tage nach einer hochfieberhaften Angina auftrat, verschwanden nach 5 Hungertagen mit anschließender strenger, salzfreier und eiweißarmer Kost die Ödeme, der Blutdruck ging auf die Norm herab, dagegen blieb die Hämaturie noch längere Zeit bestehen. Die Nierenfunktionsprüfung ergab gegen Ende des Krankenaufenthaltes normale Werte. Pat. konnte als wesentlich gebessert entlassen werden (RR 115/80 mm Hg, Urin: Eiweiß —, im Sediment nur noch vereinzelt Ery.)

Wie aus dem bisher Mitgeteilten hervorgeht, erfährt die klinische Medizin durch die vermehrte Durchführung von Fastenkuren bei kritischer Anwendung und richtiger Indikation eine wesentliche Bereicherung der Therapie.

Obwohl der Gebrauch des Fastens so alt wie die Menschheit sein dürfte, sind die Ergebnisse der bisher bekannten physiologischen und klinischen Untersuchungen am hungernden Tier und am fastenden Kranken noch nicht ausreichend genug, um aus diesen wichtigen Einzeltatsachen einen klaren Überblick über die Gesamtheit aller Stoffwechselveränderungen am Fastenden zu gewinnen.

Grote ist der Ansicht, daß es aber zunächst nötig ist, sich einen Vorstellungszusammenhang zu bilden, der dem klinischen Ereignis einigermaßen entspricht, selbst wenn diese Vorstellungen sich im einzelnen noch nicht alle belegen lassen. So faßt er die Fastenbehandlung als Enthemmungsdiätetik auf, die die Leistungen des Körpers zu steigern geeignet ist. Er erwartet, daß die bisher schon vorliegenden guten klinischen Erfolge sich in Zukunft auf noch viel breiterer Grundlage bewähren werden.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal Herrn Dozenten Dr. med. habil. S. Thaddea für die freundliche Überlassung des Themas meinen herzlichsten Dank aussprechen. Herrn Professor Dr. med. G. v. Bergmann danke ich für die Übernahme des Korreferates. Zu ganz besonderem Dank bin ich Herrn Chefarzt Dr. med. F. Hube verpflichtet. Er stellte mir die Krankengeschichten des Prießnitz-Krankenhauses und den größten Teil der Literatur aus seiner Privat-Bibliothek zur Verfügung, sodaß ich unabhängig von öffentlichen Bibliotheken arbeiten konnte.

Verzeichnis des Schrifttums

Allen, Fr. M., Stillman a. Frit,	Total diet regul. of diabetes, New-York 1919.
Allen a. Sherill,	J. metabol. Res. 1, 377 (1922).
Baumgärtner,	Vermächtnisse eines Klinikers, Freiburg 1862.
Benedict, F. G.,	A study of prolonged fasting, Washington 1915.
Benedict, F. G.,	N.Y. med. Journ. 115, 249 (1922).
Berg, R.,	Grundlagen einer richtigen Ernährung, Dresden 1931.
Berg-Vogel,	Alltägl. Wunder, Dresden 1931.
Bertholet, Ed.,	Le retour à la santé et la vie saine par le jeûne, Lausanne 1930.
Bier, A.,	Arch. f. klin. Ther. 176, 478 (1933).
Bircher-Benner, M.,	Ernährungskrankheiten I und II, Zürich und Leipzig 1928 und 1932.
Bircher-Benner, M.,	Diätetische Heilbehandlung.
Bircher-Benner, M.,	Ungeahnte Wirkung falscher und richtiger Ernährung, Zürich und Leipzig 1928.
Bottenberg, H.,	Biolog. Therapie des prakt. Arztes.
Bottenberg, H.,	Fastenkuren in der Allgemeinpraxis. Med. Welt 1939, S. 1179.
Bottenberg, H.,	Naturheilbehandlung in der Allgemeinpraxis, Neue Deutsche Klinik, 6. Erg.-Band, S. 410.
Bottenberg-Meyer,	Fastenkuren in der Allgemeinpraxis, Stuttgart 1939.
Bommer,	Diätetische Behandlung von Hauterkrankungen, Neue Deutsche Klinik, 6. Erg.-Band, S. 368.
Brauchle, A.,	Handbuch der Naturheilkunde, Leipzig 1933.
Brauchle, A.,	Naturheilkunde in Lebensbildern, Leipzig 1937.
Buchinger, O.,	Das Heilfasten und seine Hilfsmethoden, Stuttgart 1938.
Buchinger, O.,	Verfahren und Ergebnisse der Fastenbehandlung.
Buchinger, O.,	Die natürliche Heilweise im Rahmen der Gesamtmedizin. Berl. Internat. Fortbildungskursus, Jena 1937.
Cantani, A.,	Diabet. mel. (Übers.), Berlin 1880.
Carus, Carl, Gust.,	Lehrb. d. Gynäk. 1, 305 (1820).
Celsus, A. Corn.,	de med. lib. I, 3 cap. 23—24 — Chron. II, cap. 13.
Chossat,	Rech. exp. sur l'inanition. Mém. acad. scienc. 8, 438 (1843).
Creszenzo, Nicolaus C.,	Regeln, wie das Wasser wohl zu gebrauchen, auch von denen, die nicht Medizin studiert haben. 1737.

Cornaro, L. v. Sonniges Alter, Bad Harzburg 1925.

Dewey, Die Fastenkur und das Morgenfasten, Berlin 1922.

Döring, F., Hungerkur, in Rusts Hdb. d. Chir. 9, 79 (1833).

v. Drigalski, Erfahrungen und Beobachtungen der Klinik über das Fasten als Heilmethoden Fschr. Ther. Bd. 15, H. 3, S. 133.

Druschky, Der Einfluß von Fastenkuren auf die bakterienfeindlichen Kräfte im Serum. Hippokrates 1937, S. 399.

Eisenberg, W., Fasten und Blinddarmentzündung, ein Beitrag zur Appendicitisbehandlung. Hippokrates 10. Jahrg., H. 43, S. 1119.

Eisenberg, W., Fasten als Heilmethode, Landarzt 23/39.
Der Fastenführer, Berlin 1937.

Eisenberg, W., Grenzen und Klippen des Fastens. M. m. W. 1935, 1441, F. schr. d. Med. 1935, 301, 389, 609, Hippokrates 1935/567.
Mißgeschick bei Fastenkuren. Hippokrates 1939, S. 291.

Fernelius, de morb. causis I, 139 Therapeut. univers. lib. VII (1554) Ed. I. Francof. 1581.

Fousaggrives, Hygiène alim. des mal. Paris 1861.

Galenos, Aphoris IV, 2.

Galinowski, Der Einfluß des Hungerns auf den Harnsäurestoffwechsel. Arch. Verdgskrkh. 60, 241—255 (1936).

Glück, Die Naturheilbehandlung chron. Hautleiden. Hippokrates 1939, S. 725 und 756.

Graves, Clin. lect. on pract. med. Dublin 1843.

Grote, L. R., Über das Heilfasten, Bad Mergentheimer ärztl. Vorträge. 1936.

Grote, L. R., Das Fasten als klinisches Behandlungsverfahren. Neue Deutsche Klinik, Erg.-Band IV, 1936, 695.

Grote, L. R., Die neue deutsche Heilmethode in der Fortbildung. M. m. W. 1937, S. 1604.

Grote, L. R., Wirkungen der Fastenbehandlung, Dtsch. med. Wschr. 1939/1733, Hippokrates 1935/629.

Guelpa, G. et Marie, Rev. Thér. 78, 8 (1911).

Günther, Die wissenschaftl. Grundlagen der Hunger- und Durstkuren, Leipzig 1930.

Gutzeit, Über die Behandlung der Herz- und Kreislaufinsuffizienz mit Saftfastenkuren, Ther. d. Gegenw. 1938, 37.

Gutzeit, Diät. Behandlung der Herz- und Kreislauferkrankungen, Med. Welt. 1939/980.

Hahnemann, S. Chr. Fr., Organon der rationellen Heilkunst, 1810.

Hahnemann, S. Chr. Fr.,	Die chron. Krankheiten, ihre eigentümliche Natur und homöopathische Heilung. 1828.
Haig, A.,	Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten, Berlin 1910.
Heun, E.,	Pflanzl. Rohsäftekuren bei inneren Krankheiten, Ther. d. Gegenw. 1937, Nr. 9/10.
Heun, E.,	Das Fasten als psychophysische Therapie. Fortschr. d. Med. 1934, 265 und 269. Fortschr. d. Ther. 7/1936. M. m.W. 1936, 1635.
Hinthede, M.,	Moderne Ernährung, Berlin und Leipzig, 32.—36.Tsd., Gesundheit durch richtige und einfache Ernährung, Gek. dtsch. Ausg., Verl. Joh. Ambr. Barth.
Hippokrates,	Sämtliche Werke, übersetzt von Dr. R. Fuchs, 1900, und Übersetzung von Kapferer, Hippokrates-Verlag.
Hoffmann, Friedr.,	De inedia magn. morb. remedio Halae, 1697.
Hoffmann, Friedr.,	op. omn. IV. cap. 2, 4, 5.
Hube, F.,	Taschenbuch des Naturheilverfahrens für den prakt. Arzt, Leipzig 1936.
Hufeland,	Makrobiotik oder die Kunst, das Leben zu verlängern. 1795.
v. Hutten,	Ulr. Mogunt. 1519 (in Luisinus).
Irle, S.	Rohsaftkuren bei inneren Krankheiten. Med. Klin. 1939, H. 39, S. 1288.
Jolins, E. P.,	Boston med. surg. J. 1922.
Jürgens, R. L. u. M. Fabricius	Ambulante Diätkuren bei Bäderbehandlung. Balneologe 5, 97—102 (1938).
Just, R.,	Fasten und Fastenkuren, Bad Harzburg 1929.
Kapferer,	Fastenkuren — Wunderkuren, Wörishofen 1922.
Kapferer,	Ansteckende fieberhafte Krankheiten, Berlin 1924.
Karell,	Über die Milchkur. Petersb. med. Z. 8 (1865) und Arch. gén. de Méd. 8. II 513 und 694 (1866).
Köhn,	Über die Fastenkur — das Messer des Naturarztes. Hippokrates 1939, S. 710.
Lahmann,	Die diätetische Blutentmischung (Dysämie) als Grundursache aller Krankheiten, Leipzig 1894.
Lahmann,	Die wichtigsten Kapitel der natürlichen (physikal.-diätet.) Heilweise, Stuttgart 1901.
Liebau-Schneller,	Fastenstöße bei Scharlach und Diphtheriekomplikationen, M. m.W. 1939, S. 1227.
Lindner,	Die Elitekur für Ungeheilte, München 1928.
Lindner,	Die Fastenkur, Wörishofen 1921.
Martin,	Unterernährung als Heilfaktor, München 1909.

Mayer, A.,	Hungerkuren — Wunderkuren, Leipzig 1901.
Meyer, H. E.,	Grundlagen der Fastenbehandlung. Med. Welt 1939, S. 1179.
Mayr, J.,	Stoffwechseluntersuchungen in ihrer praktischen Bedeutung beim Ekzem.
Milbrandt,	Über die verschiedenen Arten der diätetischen Behandlung der Psoriasis vulgaris, Hippokrates 1936, S. 988.
Mitchell, Th. D.,	Med. Repos. N. Y. 1820 (Salzb. med. chir. Z. 1821, I).
Möller, S.,	Ernährungskuren und ihre Erfolge. Dresden 1927.
Möller, S.,	Das Fasten als Heil- und Verjüngungsmittel, Dresden 1925.
Möller, S.,	Die Fastenkur vor Gericht, Dresden 1926.
Möller, S.,	Nahrungs- und Flüssigkeitsbeschränkung in ihrer therapeutischen Bedeutung, Dresden 1929.
Möller, S.,	Über Ernährungsbehandlung chron. Krankheiten im Rahmen der gesamten biolog. Therapie, Dresden 1937.
Möller, S.,	Diätkuren und ihre Bedeutung für die Wiedergesundung chron. Krankheit. Dresden 1931.
Möller, S.,	Das diätische Heilverfahren Schroths und seine große Wirksamkeit im Lichte neuerer Forschung, Dresden 1914.
de Morgan,	Origin of cancer, London 1872 (Schmidts Jb. 161).
Morgulis, S.,	Hunger und Unterernährung, Berlin 1923.
Morgulis, S.,	Arch. Entw. mechan. 34 (1912), Verh. Ges. Verdgskrkh. 8, 31 (1928).
Morschinsky,	Praktische Erfahrungen in der Behandlung von Herzkranken mit Obstsaftkuren, D. m. Wschr. 1939, S. 1565.
Nonnenbruch,	Über die Diätbehandlung der Nierenkranken, Med. Welt. 1937, 1411—13.
v. Noorden,	Hdb. d. Path. d. Stoffw. 2. Aufl. 1906, 1, 480.
v. Noorden,	Sammlung klin. Abhandl. Berlin 1902, Heft 1 und 2.
v. Noorden,	Zuckerkrankheit. 8. Aufl. 1927.
v. Noorden,	Alte und neuzeitliche Ernährungsfragen. 1929, S. 29.
v. Noorden-Salomon,	Hdb. d. Ernährungslehre, Berlin 1920, 1 und 1929, 2, I.
Oertel,	Die allerneuesten Wasserkuren, Heft 1—30. Nürnberg 1829—41.
Oertel,	Geschichte der Wasserheilkunde von Moses bis auf unsere Zeiten, Leipzig 1835.
Oertel, Korb u. Kirchmayr	Anweisung zum heilsamen Wassergebrauch für Menschen und Vieh. 2. Aufl. Nürnberg 1835.

Osbeck, C. G.,	Exposé de la méth. par guerir les mal. vénér. dégénérées, Stockholm 1811.
Petrarca, Francesco,	zit. Bauer in v. Ziemssen Hdb. allg. Ther. 1, VII, 312, 1883.
Putzkow-Ehrenberg,	Erfahrungen mit der Darmbehandlung nach Dr. F. X., Mayr. Hippokrates 1936, S. 570.
Ricord,	Trait. mal. Vénér. Paris 1842—52.
Riedlin, G.,	Faste Dich rein und iß Dich gesund! Pfullingen.
Riedlin, G.,	Fastenkuren und Lebenskraft, Berlin 1924.
Riedlin, G.,	Fasten als Heilmittel, Pfullingen.
Rolffs,	Das method. Fasten usw. Rusts Mag. ges. Heilk. 40 (1833). Schmidts Jb. 1.
Rust,	Verbess. Schmierkur Louvriers, Magaz. ges. Heilk. 1816, I.
Saller, K.,	Über die Körpertemperatur beim Fasten, Hippokrates 1939, 973.
Schenck-Maier,	Theorie, Geschichte und Praxis der Ernährungsbehandlung, Band I, Das Fasten, Stuttgart 1938.
Schlüter, Ludwig,	Cornaros erprobte Mittel, gesund und lange zu leben. Braunschweig 1796.
Schnorbusch, M. Th.,	Bakt. Untersuchungen am fastenden Menschen, Dtsch. Arch. klin. Med. 1937, 181, 55—66 und im Schenck.
Schönenberger, F.,	Der Naturarzt, Berlin 1930.
Schroth, K.,	Ther. Gegenw. 78—199—203 (1937).
Segesser, Fr. v.,	Die Hungerkuren, Dresden.
Segesser, Fr. v.,	Das Fasten als Heilmethode, Dresden 1920.
Stahn,	Der Einfluß von Fastenkuren auf die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, 1938, Hippokrates 1049.
Stahn,	Studien zum Fastenproblem. Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1938, 605.
Stahn,	Über den Einfluß von Fastenkuren auf endokrine Störungen und die Abderhaldensche Reaktion. Med. Welt 1939, 1091.
Straube,	Zur Behandlung des Asthma bronchiale. M. m. W. 1938, S. 620.
Thannhauser, S. I.,	Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten, München 1929.
Valentin, G.,	Repert. f. Anat. u. Physiolog. 8, 355 (1843), Lehrbuch d. Physiolog. 1844, I.
Vogel, M.,	Biol. medizin. Taschenbuch, Stuttgart 1936 und 1937.
Volhard,	im Hdb. inn. Med. (Mohr-Staehelin) 3, II.
Volhard,	Klin. Wschr. 1936, Nr. 48, S. 1745.

Volhard, Fschr. Ther. 1939, Heft 12, S. 577.
Volhard-Becher, Die klin. Meth. d. Nierenfunktionsprüfung.
Wunderlich, C. A., Hdb. Path. u. Ther. 1848, I.
Würfel, Klinische Beobachtungen über das Fasten, Diss. München 1936.

Lebenslauf

Am 21. April 1915 wurde ich als Sohn des Apothekers Wilhelm Pröscher und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Köser, in Bautzen geboren. 1919 zogen meine Eltern nach Berlin-Mariendorf. Von 1921 bis 1924 besuchte ich dort die Volksschule und anschließend bis 1933 das Reformrealgymnasium in Berlin-Mariendorf, wo ich auch meine Reifeprüfung ablegte. Vom Sommersemester 1933 an begann ich mein Medizinstudium an der Universität Berlin. Hier bestand ich 1934 das Vorphysikum, 1935 die ärztliche Vorprüfung und 1938 das Staatsexamen. Vom 12. bis 31. Mai 1939 war ich auf der Inneren Abteilung des St.-Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof, Chefarzt Prof. Dr. med. Walinski, und vom 1. Juni bis 1. September 1939 im Prießnitz-Krankenhaus Glasow, Bez. Potsdam, Chefarzt Dr. med. Hube, als Medizinalpraktikant tätig. Dort versehe ich seit dem 1. September 1939 bis heute meinen Dienst als Volontär-Assistent.

Glasow, Bez. Potsdam, den 12. September 1940
Prießnitz-Krankenhaus

Hierdurch erkläre ich an Eides statt, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und keine weitere als die angeführte Literatur benutzt habe. Die Arbeit ist weder im Auszug noch ganz bisher irgendwie veröffentlicht worden.